

PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI PATIENTEN
MIT HERZ-KREISLAUF-KRANKHEITEN

Gerhilde Reheis-Melcher

Diss
München
1903

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Psychische Störungen bei Patienten mit

Herz-Kreislauf-Krankheiten

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gerhilde Reheis-Melcher

aus

Mindelheim

1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Mitberichterstatter: _____

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 29. Mai 1984

Gewidmet

meiner lieben Mutter,
Frau Gerhilde Reheis,
die mich so lange unermüdlich
und selbstlos unterstützt hat.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhaltsübersicht

- A. Einleitung
- B. Literaturübersicht
 - I. Demenz, Depression und kognitive Beeinträchtigungen bei organischen Erkrankungen
 - II. Zerebrale Erkrankungen und Demenz
 - III. Die Diagnosestellung der Demenz
 - IV. Exogener Reaktionstyp und organisches Psychosyndrom bei chronischen organischen Erkrankungen
- C. Beschreibung der Patienten, Methodik und Fragestellung
 - I. Auswahlkriterien
 - II. Erhebung der Daten
 - III. Präzisierung der Fragestellung
- D. Ergebnisse
 - I. Allgemeine Angaben
 - 1. Zahl der Patienten, Alters- und Geschlechtsverteilung
 - 2. Internistische und neurologische Krankheitsbilder
 - 2.1 Klinische Untersuchungsergebnisse
 - 2.2 Neurologische Untersuchungsergebnisse
 - 2.3 Ergebnisse der Zusatzuntersuchungen
 - 2.4 Bedeutung der aufgeführten Untersuchungsergebnisse für den psychiatrischen Konsiliararzt
 - 3. Beruf und soziale Situation der Patienten
 - II. Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchung
 - 1. Patienten mit endogenen Psychosen und psychogenen Störungen
 - 1.1 Vorrangig psychogene Störungen
 - Fallbeispiel 1
 - Fallbeispiel 2

Inhaltsübersicht -Fortsetzung-

1.2 Reaktive Depression

Fallbeispiel 3

Fallbeispiel 4

2. Patienten mit organisch bedingter psychischer Störung - Akute exogene Reaktionen, Demenzen und ihre Vorstadien

2.1 Schwere hirnorganische Leistungsstörungen - Demenzen

2.1.1 Demenzen mit psychotischer Symptomatik

Fallbeispiel 5

Fallbeispiel 6

2.1.2 Demenzen ohne psychotische Symptomatik

Fallbeispiel 7

Fallbeispiel 8

2.2 Leichte bis mittelgradige hirnorganische Leistungsstörungen

2.2.1 Patienten mit dauernden Leistungsstörungen

2.2.1.1 Dauernde Leistungsstörungen mit psychotischer Symptomatik

Fallbeispiel 9

Fallbeispiel 10

2.2.1.2 Dauernde Leistungsstörungen ohne psychotische Symptomatik

Fallbeispiel 11

Fallbeispiel 12

2.2.2 Patienten mit vorübergehenden Leistungsstörungen

2.2.2.1 Vorübergehende Leistungsstörungen mit psychotischer Symptomatik

Fallbeispiel 13

Fallbeispiel 14

Inhaltsübersicht -Fortsetzung-

- 2.2.2.2 Vorübergehende Leistungsstörungen ohne
psychotische Symptomatik
Fallbeispiel 15
Fallbeispiel 16

E. Diskussion

I. Zusammenfassung der Literaturübersicht

- 1. Diagnostische Abgrenzung der Demenz von funktionell bedingten psychopathologischen Syndromen
- 2. Multifaktorielle Pathogenese des organischen Psychosyndroms und insbesondere der Demenz
- 3. Leistungsstörung als diagnostischer Terminus
- 4. Erweiterung des Bonhoefferschen Ansatzes auf die 'vaskulären Psychosen'

II. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

- 1. Zusammenfassung der Ergebnisse
- 2. Einteilungsgesichtspunkte
- 3. Erleichterung der Diagnostik mit Hilfe dieser Einteilung

F. Zusammenfassung

G. Literatur

A. Einleitung

Herz-Kreislaufkrankheiten sind in der Industriegesellschaft des 20. Jahrhunderts die häufigsten internistischen Erkrankungen (Statistisches Jahrbuch, 1982). Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung bilden Patienten mit Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems die größte Gruppe. Wenn auch in steigendem Maße jüngere Menschen davon betroffen sind, so gehört doch die Mehrzahl dieser Patienten nach wie vor der älteren Generation an.

Nicht selten fallen bei diesen Patienten psychische Störungen auf. Vor allem bei Patienten mit Arteriosklerose oder bei alten Patienten verleiten diese häufig zu der pauschalen Diagnose einer "allgemeinen Zerebralsklerose". Sehr schnell wird somit ein enger Zusammenhang zwischen der organischen Erkrankung und der verminderten Leistungsfähigkeit sowie der psychischen Auffälligkeit hergestellt, der dann leicht zu einem therapeutischen Nihilismus führen kann.

Im psychiatrischen Konsiliardienst einer großen Universitätsklinik bereiten gerade diese Patienten große diagnostische Probleme. Auch in internistischen, allgemeinmedizinischen und neurologischen Praxen sowie in nichtpsychiatrischen Krankenhäusern dürften diese Patienten ähnliche Probleme und vor allem therapeutische Schwierigkeiten bereiten.

Im klinischen Sprachgebrauch wird dabei meist der Begriff des organischen Psychosyndroms verwendet. Dieser ist jedoch so vielfältig und vielgestaltig, daß schon seit langem versucht wird, ihn aufzugliedern. Dies ist besonders auch deswegen notwendig geworden, da dieser Begriff unberechtigterweise als Diagnose verwendet wird.

Wir wollen uns deshalb in der vorliegenden Arbeit mit der Frage nach der verbesserten Differenzierbarkeit und Diagnostik des organischen Psychosyndroms, vor allem im Bereich der Demenz, beschäftigen. Anhand von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankheiten wird über ein Verfahren berichtet werden, das dazu führen soll, der psychiatrischen Diagnostik und Therapie den richtigen Weg zu weisen, wobei besonderes Gewicht auf eine frühe und verlässliche Diagnostik der Demenz gelegt wird.

Dies ist vor allem deshalb von Interesse, weil dadurch die therapeutischen Chancen vergrößert werden können. Es ist dabei selbstverständlich, daß für die Therapie der Patienten mit Herz-Kreislaufkrankheiten neben der psychopharmakologischen Behandlung auch psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen von großer Bedeutung sind.

B. Literaturübersicht

Einleitend wollen wir die bisherigen Arbeiten und das Wissen über das Problem der organischen Hirnerkrankung und deren psychische Folgen umreißen, wobei die Aspekte psychischer Störungen, die an eine zerebrale vaskuläre Mitbeteiligung denken lassen, unser spezielles Interesse verdienen.

Wir werden dabei von den jüngsten Veröffentlichungen zu diesem Thema ausgehen. Im April und Mai 1982 beschäftigte sich das American Journal of Psychiatry schwerpunktmäßig mit der Frage der Demenz und deren differentialdiagnostischen Problemen. Diesen Arbeiten gingen die Veröffentlichungen von Lishman (1979), Wells (1977), Lipowski (1975) u.a., die sich allgemeiner mit hirnorganischen psychopathologischen Syndromen und im speziellen ebenfalls mit der Demenz befassen, voraus. In den Jahren zuvor wurde in einigen sehr umfassenden Studien die Frage untersucht, ob und inwieweit die Diagnose eines organischen Psychosyndroms, vor allem auch bei älteren Menschen und bei chronischen Beeinträchtigungen, richtig gestellt werden kann, und ob diese Diagnose mit organischen Befunden korreliert. Dieser ganzen Diskussion liegen schließlich die Erkenntnisse von Bonhoeffer und Tuzek zugrunde, die den Zusammenhang zwischen körperlicher Erkrankung und psychischer Störung erstmals klar herausarbeiteten und darstellten.

I. Demenz, Depression und kognitive Beeinträchtigung bei organischen Erkrankungen

In jüngster Zeit widmet sich die psychiatrische Forschung verstärkt der Frage der Demenz und ihrer Frühsymptome. So behandelt das American Journal of Psychiatry im Mai 1982 das Schwerpunktthema 'Pseudodemenz und Demenz'. Im Editorial beschäftigt Charles E. Wells sich mit der Frage nach der verbesserten Diagnostik der Demenz (Wells, 1982).

Sein Ausgangspunkt sind die immer wieder auftretenden diagnostischen Probleme sowohl bei der Demenz als auch bei anderen organisch bedingten psychopathologischen Syndromen.

Wells weist in seinem Artikel besonders auf die diagnostische Irrtumsmöglichkeit hin, bei der eine primär funktionelle Störung als Demenz interpretiert wird. Nach Wells' Meinung geschehen die meisten Fehler dieser Art, "weil Veränderungen in den geistigen Fähigkeiten allein zu oft als diagnostisches Kriterium für die organische Bedingtheit betrachtet werden" (Wells, 1982). Gerade diese geistige Beeinträchtigung wird ja auch bei schizophrenen, affektiven und neurotischen Störungen beschrieben. Obwohl also die kognitive Beeinträchtigung ein Merkmal des organischen Psychosyndroms darstellt, ist sie doch nicht dafür beweisend.

Eine weitere Fehlerquelle stellt nach Wells die Vernachlässigung anamnestischer Angaben dar. Veränderungen im Verhalten und im Affekt sollten genauso wichtig genommen werden wie Veränderungen

der kognitiven Funktionen. Der Schlüssel zu einer verlässlichen Diagnostik liegt nach Wells' Meinung in einer quantitativ und qualitativ ebenso präzisen Beschreibung der Veränderungen von Affekt und Verhalten bei der Demenz, wie es für die kognitiven Einbußen bereits geschehen ist. Nach dem gegenwärtigen Stand des Wissens sieht Wells die Bedingung für eine verlässliche Diagnose der Demenz in einer gleichmäßig ausgeprägten und für diffuse Gehirnschädigung charakteristischen Veränderung der geistigen Fähigkeiten ebenso wie des Verhaltens und der affektiven Äußerungen.

Wells fordert in diesem Zusammenhang quantitative Meßmethoden für den Grad dieser Beeinträchtigungen. Ferner sollten die Ausmaße von intellektueller und affektiver Veränderung und Verhaltensänderung einander entsprechen und mit dem Schweregrad der organischen Krankheit übereinstimmen.

Ein weiteres häufiges Problem stellt das gemeinsame Auftreten von Depression bzw. depressiver Symptomatik und Demenz dar. McAllister und Price gehen in ihrem Artikel "Severe Depressive Pseudodementia With and Without Dementia" von dem Problem aus, daß ca. 10 - 15 % der als dement diagnostizierten Patienten sich später als depressiv erkrankt herausstellen, das heißt also, daß ihre kognitive Störung sich als reversibel erweist (McAllister und Price, 1982).

Die Autoren versuchen, anhand von vier Beispielen, die Schwierig-

keiten der Differentialdiagnose zu verdeutlichen, das Ausmaß der durch die Depression verursachten geistigen Beeinträchtigung aufzuzeigen und das gemeinsame Auftreten von irreversibler, chronischer Demenz mit, wie sie es nennen, reversibler Pseudodemenz zu belegen. Es wird dabei ersichtlich, daß die kognitive Beeinträchtigung in jedem der beschriebenen Fälle das Ausmaß einer Demenz annahm, gleichzeitig wesentlich ausgeprägter als die depressive Symptomatik war, und daß die Anamnese nicht alle von Wells in seiner Arbeit über die Pseudodemenz geforderten Merkmale einer Pseudodemenz (Wells, 1979) aufwies. Zwar war, in Übereinstimmung mit den von Wells charakterisierten Merkmalen, die Dauer der Symptomatik relativ kurz und von rascher Progredienz, jedoch zeigten die Patienten keine umfassenden affektiven Veränderungen, antworteten nicht mit "ich weiß nicht", besaßen keine ungestörte Aufmerksamkeit oder wechselnde Bereitschaft zur Erfüllung von gestellten Aufgaben. Als möglichen Grund für diese Unterschiede zu Wells sehen die Autoren eine andere Patientenauswahl an.

Das letztlich entscheidende diagnostische Kriterium war für die Autoren das erfolgreiche Ansprechen auf den Versuch einer antidepressiven Therapie, in diesem Fall einer elektrokonvulsiven Behandlung.

Zwar gibt diese Untersuchung wichtige Hinweise für die differentialdiagnostischen Überlegungen, jedoch genügt sie nicht voll

der vielschichtigen Kombination von Faktoren, die das psychische Bild zusammen gestalten, und der daraus erwachsenden Aufgabe einer verbesserten Diagnostik.

Reifler, Larson und Hanley gehen in ihrem Aufsatz "Coexistence of Cognitive Impairment and Depression in Geriatric Outpatients" von der Beobachtung aus, daß bei vielen Patienten Demenz und Depression zusammen auftreten, und daß bei schwerer Demenz die depressive Verstimmung weniger stark ausgeprägt zu sein scheint (Reifler, Larson und Hanley, 1982). Dies belegen die Autoren anhand der Untersuchung von 103 Patienten einer Geriatriischen Poliklinik. Nach ihren Beobachtungen lassen sich Theorien, die die depressive Verstimmung für ein obligates Frühsymptom der Demenz ansehen, nicht aufrecht erhalten. Zwei Drittel ihrer Patienten mit leichter Demenz genügten nicht den Kriterien für die Feststellung einer Depression, und ein Drittel der Patienten zeigte überhaupt keine erkennbaren depressiven Symptome. Die Autoren stellen deshalb die häufig geäußerte Ansicht in Frage, daß eine Depression bei einer Demenz wesentlich öfters auftritt als bei einer anderen schweren Erkrankung.

Das Thema der besseren Differenzierung (und Diagnosestellung) der organisch bedingten psychischen Störungen - und im besonderen der Demenz - von den primär psychisch bedingten Störungen wird seit längerer Zeit untersucht. Im folgenden soll noch auf einige uns wichtig erscheinende Arbeiten eingegangen werden, die unterschiedliche Schwerpunkte setzen.

II. Zerebrale Erkrankungen und Demenz

Maletta, Pirozzolo, Thompson und Mortimer untersuchten ebenfalls 100 Patienten einer Geriatrischen Poliklinik, die als 'dement' überwiesen worden waren (Maletta, Pirozzolo, Thompson und Mortimer, 1982). Sie stellen sich die bei alten Menschen ihrer Meinung nach besonders wichtige Differenzierung von Demenz, Delir und Depression zum Thema. Dabei fanden sie 28 % nicht organisch, sondern depressiv oder schizophren erkrankte Patienten. Die restlichen Patienten gliederten sie ein in die Gruppen: Primär degenerative Demenz 59%, Multiinfarkt-Demenz 14%, alkoholische Demenz 10%, Demenz bei spezifisch neurologischer Erkrankung 8% und Delir 3%.

Für die Fragestellung einer möglichst frühen Diagnostik, die wohl meist von seiten eines Internisten oder Allgemeinarztes erfolgt, ist diese Untersuchung jedoch wahrscheinlich von geringerem Interesse. Die spezifische Aufgliederung in derartige pathogenetische Gruppen ist eher für den Psychiater oder Neurologen von Bedeutung.

Von einer völlig anderen Seite als den bisher geschilderten geht Lishman an die Problematik heran. Exemplarisch sei dies aufgezeigt am Kapitel der 'zerebrovaskulären Ereignisse' (Lishman, 1979). Sein Ausgangspunkt sind die Formen der zerebrovaskulären Ereignisse, also die Transienten Ischämischen Attacken, die Hämorrhagien und die Ischämien. Nachdem er sich kurz allgemein mit den Formen

der darauf möglicherweise folgenden psychischen Störungen beschäftigt hat, schildert er ausführlich für jedes zerebrovaskuläre Ereignis das klinische Bild unter Einschluß der Psychopathologie. Lishman versucht also, dem speziellen organischen Ereignis eine spezifische psychopathologische Symptomatik zuzuordnen.

Dies trifft zwar auf den anatomisch-pathologischen Befund und die dadurch bedingte neurologische Symptomatik im allgemeinen relativ exakt zu, berührt jedoch nur wenige Aspekte der psychischen Störungen, insbesondere ist auf diesem Wege keine Ordnung in die organisch bedingten psychopathologischen Syndrome zu bringen.

In dem Buch "Dementia", das in seiner zweiten Auflage fünf Jahre vor dem oben genannten Editorial erschienen ist, weist Wells auf die zweite Fehlerquelle bei der Diagnose Demenz hin, nämlich auf die meist viel zu spät erfolgende Diagnosestellung.

Wells definiert die Demenz im Unterschied zum Delir als einen allmählichen, kontinuierlichen Vorgang, bei dem chronisch, irreversibel und progredient die geistigen und affektiven Fähigkeiten im Vergleich zu früher sich verschlechtern, begleitet von erkennbaren pathologischen Veränderungen (Wells, 1977). Er sieht die Demenz als eine breite, zusammenhängende Reihe von Funktionsstörungen an, die beginnt bei der kaum unterscheidbaren Abweichung vom Normalen und die praktisch bis zum geistigen Siechtum reicht.

Da sich therapeutisch die symptomatische wie auch die psychopharmakologische Therapie und vor allem das Training für die Bewahrung der noch erhaltenen Funktionen anbieten, plädiert Wells dafür, möglichst dann schon den Verdacht auf eine Demenz zu äußern, wenn es noch fast keine Anzeichen für diese gibt. Von diesem Zeitpunkt an sollte der Patient möglichst kontinuierlich und oft untersucht und betreut werden.

"Die Symptome und die Manifestation der Demenz treten am meisten und am frühesten in den speziell menschlichen Fähigkeiten, die die höchsten integrativen Funktionen genannt werden können, auf: Im kreativen Denken, im erfolgreichen Bewältigen von neuen und komplexen Problemen, in der Fähigkeit, andere zu lieben und für sie zu sorgen " (Wells, 1977).

Nach Hollender schlägt Wells folgende dringende Verdachtsmomente für eine Demenz vor, vor allem, wenn sie von längerer Dauer sind:

Wenn der Patient nach trivialen Verrichtungen zu sehr zufrieden ist.

Wenn der Patient sich sehr anstrengen muß bei der Erledigung von Dingen, die früher nur wenig Mühe gekostet hatten.

Wenn der Patient zu oft in Notizbüchern und Kalendern nachschlagen muß.

Wenn der Patient kein Interesse an den Dingen zeigt, mit denen sich Sohn oder Tochter beschäftigen.

Wenn der Patient sagt, er werde später auf diese Frage zurückkommen, dies nachher aber vergessen hat.

Zusammenfassend betont Wells also, daß es nötig sei, die Diagnose der Demenz zu verfeinern, um einerseits diese möglichst früh erkennen zu können, und um andererseits Fehldiagnosen zu vermeiden (Wells, 1977).

Vor allem in der deutschsprachigen Literatur liegt jedoch ein terminologisches Problem bei dieser, sicherlich sehr wichtigen, Früherkennung darin, daß die Bezeichnung 'Demenz' wesentlich enger gefaßt ist und nicht in dem Umfang verstanden wird, wie sie Wells für den englischen Sprachgebrauch vorstellt. Um derartige Frühsymptome mit 'Demenz' bezeichnen zu können, müßte dieser Begriff bei uns wohl eine völlig neue Bedeutung erhalten.

In ähnlich umfassender Weise stellt Lipowski die These einer 'reversiblen Demenz' vor. Er schlägt für Patienten mit eventuell beginnenden dementiellen Prozessen, mit leichter bis mittelgradiger Leistungsstörung und mit vorübergehender akuter Verwirrtheit die Bezeichnung "subakuter amnestischer Verwirrheitszustand (reversible Demenz)" vor (Lipowski, 1975).

Lipowskis Definition des "organic brain syndrome" verdeutlicht noch besser, in welchem breitem Ausmaß dieser Begriff inzwischen verstanden wird: "Organische Hirnsyndrome können als psychiatri-

sche Syndrome definiert werden, die durch eine zerebrale Schädigung entstehen, die diffus, lokal oder beides zugleich sein kann und/oder durch eine vorübergehende metabolische Entgleisung hervorgerufen wird, die das Hirn als ganzes oder Teile von diesem betrifft." (Lipowski, 1975)

Zwar sind hiermit die Ursachen, die zu einem organischen Psychosyndrom führen können, sehr umfassend definiert. Diese Definition bietet jedoch kein Verfahren dafür an, wie mit Hilfe von psychopathologischen Merkmalen ein Weg zur Früherkennung der Demenz gefunden werden kann.

III. Die Diagnosestellung der Demenz

Copeland, Kellehrer, Kellett u.a. fassen die Ergebnisse einer gemeinsamen Studie der USA und Großbritanniens zusammen, die sich in ihrem zweiten Abschnitt mit der jeweiligen Diagnosehäufigkeit bei älteren psychiatrischen Patienten beschäftigt (Copeland, Kellehrer, Kellett, Gourlay, Cowan, Barron and De Grouchy, 1975).

Es war aufgefallen, daß in den USA wesentlich mehr alte Patienten (über 65 Jahre) unter der Diagnose "organisches Psychosyndrom" behandelt werden als in Großbritannien. Ferner waren die Überlebenszeiten und die Entlassungsraten der amerikanischen Patienten deutlich geringer.

Daraus ergab sich die Fragestellung, ob es sich um ein unterschiedliches Patientengut handeln könne, ob die Auswahlkriterien für die Einweisung in die Kliniken unterschiedlich seien oder ob bei den behandelnden Psychiatern ein Unterschied in den diagnostischen Kriterien und Praktiken bestehe.

Das Projekt-Team fand in New York weniger Patienten mit organischem Psychosyndrom als die dortigen Klinikärzte. Nach seiner Diagnose waren es etwa, ebenso wie in London, 46 % Patienten mit 'funktionellen' und 42 % mit 'organischen' psychischen Störungen. Das Projekt-Team stimmte in seinen Diagnosekriterien also in etwa mit den britischen Psychiatern überein. Es fand bei depressiv Verstimmten vor allem affektive Störungen und bei dementen Patienten hauptsächlich Zustände von Desorientiertheit. In dem Ausmaß der Gedächtnisschwäche bestanden die wenigsten Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen.

Die unterschiedlichen Überlebenszeiten erklären sich dann wohl aus der im allgemeinen geringeren Behandlungsdauer der Ärzte für die organisch-psychisch erkrankten Patienten.

Uns erscheint hierbei vor allem bemerkenswert, wie groß die Tendenz ist, bei alten oder organisch erkrankten Patienten die psychische Störung hauptsächlich dem somatischen Befund zuzuordnen. Ein mehr den momentanen Zustand beschreibendes Diagnosekriterium könnte dem vielleicht vorbeugen.

Lauter widmet sich im Handbuch der "Psychiatrie der Gegenwart" dem Problem der organisch bedingten Psychosen im Alter (Lauter, 1972).

Ausgehend von einer Vielzahl epidemiologischer Untersuchungen hebt er die Notwendigkeit der psychiatrischen Forschung an den leichteren Frühformen der organischen Psychosen hervor, die größtenteils ambulant zu betreuen wären. Lauter erklärt die psychopathologische Formenvielfalt durch das Überlagern verschiedener Faktoren, er spricht von der "multikonditionale(n) Pathogenese" mit einer gerade im Alter sehr engen Verzahnung von konstitutionellen, endogenen, psychoreaktiven, somatischen und hirnorganischen Entstehungsfaktoren. Trotzdem ist die grundsätzliche Unterscheidung in 'endogene' und 'organische' Alterspsychosen sehr wichtig und auch nach klinischen Gesichtspunkten verlässlich, jedoch verleitet das Nebeneinander von endogenen und somatischen Faktoren im Alter zur Überbetonung der organischen Seite. Im weiteren teilt Lauter auf in die klinischen Diagnosen: Demenzen vom Alzheimer-Typ, Vaskuläre Demenzen, andere hirnatrophische Syndrome, Psychosen vom akuten exogenen Reaktionstypus und präsenile Psychosen, und er stellt die Frage nach deren Pathogenese: "Die senile Demenz unterscheidet sich also von dem normalen Senium nicht nur durch die größere Quantität sondern auch durch das allgemein raschere Fortschreiten der degenerativen Veränderungen " (Lauter, 1972).

Als wesentlicher Aspekt bei diesem Aufsatz erscheint uns das Problem der psychischen Norm beim älteren Menschen. Zwar finden sich die organisch bedingten Psychosen, gerade unter unserem speziellen Gesichtspunkt, auch bei etwas jüngeren Menschen, jedoch tritt bei diesen, vor allem wenn hirnorganische Schädigungen beteiligt sind, ebenfalls die Frage auf nach der individuellen und psychischen Norm. Eine äußerst sorgfältig erhobene Eigen- und Fremdanamnese wird dabei wohl meistens die Persönlichkeitsfaktoren und zusätzlich beeinflussenden Lebensumstände abgrenzbar machen können.

Eine sehr sorgfältige und detaillierte Studie stammt von Corsellis (Corsellis, 1962). Es wurden hierfür die Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses differenziert in 'funktionelle Störungen' und in 'organisch bedingte Störungen', meist vaskuläre oder senile Demenzen. Post mortem wurden dann im Laufe von mehreren Jahren 300 dieser Patienten auf ihre Todesursache und ihren hirnorganischen Befund makroskopisch und mikroskopisch pathologisch untersucht. Das Ergebnis dieser Untersuchungen wurde schließlich in Beziehung gebracht zu den vorher gewonnenen psychischen Einteilungen und Diagnosen.

Neben einigen, sicherlich sehr interessanten, Detailergebnissen, die aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden, zeigte das Ergebnis der Studie hauptsächlich, daß die Diagnose 'funktionel-

le' oder 'organisch bedingte' psychische Störung gut mit dem pathologischen Befund korrelierte, so daß diese Diagnosestellung statistisch im allgemeinen genau zutreffend ist.

Es läßt sich also aus den vorausgegangenen Punkten schließen, daß zwar, bei genauer Beachtung der diagnostisch üblichen Kriterien, die Diagnose 'psychogene Störung' bzw. 'organisch bedingte Störung' vom untersuchenden Psychiater zutreffend gestellt wird (Corsellis, 1962). Da jedoch nicht allein die somatische Erkrankung das Bild der psychischen Störung prägt, sondern, gerade beim alten Menschen, viele andere Faktoren hinzukommen (Lauter, 1972), erscheint es für die Verbesserung der Diagnostik der Demenz vor allem notwendig, die organisch bedingten psychischen Störungen in sich weiter aufzugliedern. Das große Problem bei der Früherkennung und -behandlung von Demenzen dürfte dabei weniger die reine Differentialdiagnose von Demenz und Depression sein, als vielmehr die Erkennung und Beschreibung der aus beiden gemischten Formen. Im allgemeinen werden alle diese Bilder als 'organisches Psychosyndrom' diagnostiziert.

IV. Exogener Reaktionstyp und organisches Psychosyndrom bei chronischen organischen Erkrankungen

Der Begriff des organischen Psychosyndroms ist so vielfältig und vielgestaltig, daß schon seit langem versucht wird, ihn aufzugliedern. Dies ist besonders auch deswegen notwendig geworden, da dieser Begriff unberechtigterweise als Diagnose verwendet wird.

Geprägt wurde der Begriff des organischen Psychosyndroms von Eugen Bleuler. In seinem Lehrbuch unterscheidet er fünf Grundformen psychischen Krankseins bei Körperkrankheiten (Bleuler, 1979):

- a) Das organische Psychosyndrom bei chronischen diffusen Hirnschädigungen, Bleuler nennt es auch "hirndiffuses Psychosyndrom". Es geht einher mit Verarmung des Erinnerungs- und Vorstellungsschatzes, Verkümmern des intellektuellen und emotionalen Gestaltungsvermögens und mit Verlangsamung. Als Unterformen führt Bleuler das amnestische Psychosyndrom, die Hirnleistungsschwäche, die Korsakow-Psychose und andere auf.
- b) Den akuten exogenen Reaktionstypus Bonhoeffer bei akuter, schwerer, allgemein-körperlicher und zerebraler Erkrankung mit Bewußtseinsminderung bis zur Bewußtlosigkeit oder Bewußtseinsverschiebung. Es nimmt die Formen von Verwirrung, Halluzinationen, Illusionen, wahnhaften Vorstellungen, Erregung, Apathie,

Delirien und Dämmerzuständen an, und es kann in der Heilung, im chronischen organischen Psychosyndrom oder im Tod enden.

- c) Das hirnlokale Psychosyndrom bei chronischen lokalisierten Hirnschädigungen. Es ist nur wenig abhängig von der Lokalisation des Herdes und von der Art der Noxe, die diesen gesetzt hat. Es zeigt steigernde oder dämpfende Störungen der Stimmung, der Antriebshaftigkeit und der Einzeltriebe, manchmal in periodischem Verlauf. Die intellektuellen Funktionen bleiben erhalten.
- d) Das endokrine Psychosyndrom, das in seinem Erscheinungsbild dem des hirnlokalen Psychosyndroms gleicht.
- e) Die Wesensänderungen, die teils leichte Symptome des hirnlokalen oder des psychoorganischen Syndroms sind und teils in vielfältiger Art und Weise von psychischen Reaktionen auf die Krankheit durchflochten sind.

Zwar sind damit die organischen Ursachen, die den dazugehörigen psychischen Störungen zugrunde liegen, aufgegliedert, aber es ist kein Verfahren vorgeschlagen, wie die organisch bedingten psychopathologischen Syndrome voneinander abgegrenzt werden können. Deshalb hat es sich eingebürgert, den Begriff des organischen Psychosyndroms für alle diese psychopathologischen Störungen zu verwenden. Damit wird jedoch weder eine begriffliche noch eine diagnostische Klarheit erreicht.

Mayer-Gross dagegen geht wiederum aus von akuten und von chronischen Störungen (Mayer-Gross, Slater und Roth, 1969). Das akute psychoorganische Syndrom wird geprägt durch eine Trübung des Bewußtseins, wobei der Patient nur sehr reizbar und überempfindlich sein kann, aber auch, mit der Tageszeit oft schwankend, desorientiert, motorisch unruhig und stark eingeschränkt im Sinne des Delirs. Als Übergang zur chronischen Störung steht bei Mayer-Gross der Verwirrtheitszustand mit längerdauernder Verwirrtheit und Desorientiertheit. Sein Leitsymptom ist das zusammenhanglose Denken und ein oft fluktuierender Wachheitsgrad.

Das chronische organische Psychosyndrom tritt nach einer akuten Krankheit mit Beteiligung des Gehirns oder aufgrund schleichender voranschreitender Veränderungen auf. Dieses kann zwischendurch auch immer wieder im Sinne des akuten organischen Psychosyndroms exazerbieren. Mayer-Gross betont ferner, daß es, selbst bei dauerhafter Schädigung des Gehirns, Möglichkeiten der restitutio ad integrum geben könne. Das heißt also, daß bei Mayer-Gross das chronische organische Psychosyndrom nicht notwendig einen permanenten Zustand darstellt.

Der Autor gliedert die Symptome des chronischen organischen Psychosyndroms in die drei Kategorien der affektiven Veränderungen, der Gedächtnisstörungen und anderer intellektueller Funktionsdefekte. Ein häufiges Frühsymptom sind nach Mayer-Gross die affektiven Veränderungen, die dann leicht als neurotische Reaktion fehlinterpretiert werden. Es ist jedoch charakteristisch für das chroni-

sche organische Psychosyndrom, wenn sich die gewohnten Verhaltensmuster eines, bisher immer ausgeglichenen, Patienten im mittleren bis späteren Lebensalter plötzlich ändern.

Für die Früh- und Zwischenbilder findet sich allerdings auch bei Mayer-Gross keine beschreibende eigene Kategorie.

Der "Akute exogene Reaktionstyp Bonhoeffer" wurde bereits im Jahr 1908 von Karl Bonhoeffer geprägt, der diesen Begriff für die Bezeichnung der psychischen Störungen bei infektiösen, toxischen und anderen akuten Erkrankungen vorschlug. Bonhoeffer war, ausgehend vom "Überblick über ein größeres Material" ... (an) "symptomatischen Psychosen", auf der Suche nach einer adäquaten Klassifikation dieser Erkrankungen. "Wenn wir uns zunächst an das einzige Einteilungsprinzip, das nichts präjudiziert, an das symptomatologische halten, so lassen sich eine Anzahl von Zustandstypen abgrenzen, die wir in besonderer Häufigkeit als psychische Begleiterscheinungen oder als Folgeerscheinungen der verschiedensten körperlichen Erkrankungen antreffen" (Bonhoeffer, 1908).

Also rein von der Symptomatologie ausgehend, teilt Bonhoeffer ein in die häufig auftretenden "Zustandsbilder vor allem von delirantem, stuporösem, angstvoll epileptoidem, dämmerzustandsartigem Charakter, Amentiabilder und amnestische Symptomenkomplexe" (Bonhoeffer, 1917).

Bonhoeffer schlägt außerdem die Klassifikation anhand der Verlaufsform vor, wodurch sich Schwere und Prognose der Erkrankung

besonders gut beurteilen lassen (Bonhoeffer, 1908). Der Zugang zu Klassifikation; Therapie und Prognose ergibt sich damit aus den einzelnen Symptomen und aus der Beobachtung des Verlaufs.

Hier soll hingewiesen werden auf die Würdigung anlässlich des 100. Geburtstages von K. Bonhoeffer, in der Sternberg die oben angeführten Leistungen Bonhoeffers hervorhebt, der exogenen Schädigungen wie z.B. Infektionen oder Traumen "im wesentlichen übereinstimmende akute psychische Symptombilder" (Bonhoeffer, 1909) zugeordnet hatte (Sternberg, 1969). Sternberg schlägt hier eine Erweiterung und Fortführung der Bonhoefferschen Arbeiten in dem Sinne vor, den oben genannten Ansatz auch auf chronische, vor allem vaskuläre Schädigungen speziell des Gehirns anzuwenden. "Die Bedeutung der Konzeption Bonhoeffers für die allgemeine Psychopathologie und allgemeine Pathologie läßt sich nur dann in vollem Ausmaße zeigen, wenn man alle körperlich bedingten ('symptomatischen') Psychosen unter einheitlichem Gesichtswinkel betrachtet, in ihren Erscheinungsformen nicht nur die exogenen Reaktionstypen in engerem Sinne, sondern alle im Verlauf der Psychose auftretenden klinischen Bilder ('Durchgangssyndrome') betrachtet und dabei besondere Aufmerksamkeit auf die Verlaufsgesetzmäßigkeiten richtet. Die vaskulären Psychosen bilden in dieser Hinsicht ein sehr geeignetes Modell" (Sternberg, 1969).

Abschließend wollen wir noch zurückgreifen auf die Gedankengänge Tuczeks, die er im Jahr 1903 vor der Jenaer Gesellschaft vortrug. Tuczek verwies damals schon auf die große Anzahl verschiedener äußerer und innerer Faktoren, die bei der Gestaltung des psychopathologischen Bildes der Demenz mitwirken. "Demenz kann als Defekt der psychischen Leistungsfähigkeit definiert werden. Zur normalen Leistungsfähigkeit ist normale Aufnahmefähigkeit und normale Verwertbarkeit nötig" (Tuczek, 1903).

"Die verschiedenen Formen der Demenz zeigen je nach den verschiedenen Krankheitszuständen (Epilepsie, Alkoholismus, Arteriosklerose, senile Demenz, Paralyse usw.) auch verschiedenartige Defekte" (Tuczek, 1903).

"Die verschiedenen geistigen Funktionen können Defekte aufweisen (Partialdefekte). Die Inkongruenz der Ausbildung der einzelnen Funktionen ist sehr häufig. Die Untersuchungen müssen sich auf alle psychischen Funktionen erstrecken (Gedächtnis, Wissen, associative Verknüpfung usw.). Das Leben bringt wechselnde Anforderungen, stellt die Anpassungsfähigkeit auf die Probe, ist daher häufig besserer Maßstab als klinische Untersuchungsmethoden" (Tuczek, 1903).

In dieser Arbeit soll versucht werden, einen Schritt in Richtung auf eine frühe und verlässliche Diagnostik der Demenz zu tun. Von Interesse ist dies jedoch vor allem deshalb, weil dadurch die

therapeutischen Chancen vergrößert werden. Einerseits ist es notwendig, möglichst früh eine spezifische internistische oder chirurgische Therapie einzuleiten, z.B. in Form der Regulierung von Herzrhythmusstörungen oder Bluthochdruck, oder in operativer Behebung von Carotisstenosen. Andererseits kann versucht werden, noch erhaltene Fähigkeiten möglichst bald zu trainieren, weiteren Schaden zu verhindern und eventuell unnötige äußere Belastungen zu reduzieren.

Bei der Diagnostik der psychischen Störungen wird es nicht immer möglich sein, organische und funktionelle Kategorien scharf voneinander abzugrenzen, und man wird häufig die Symptomatik beider Störungen vorfinden. Gerade bei den organisch bedingten Störungen ist es ferner besonders wichtig, den psychosozialen Hintergrund immer mitzubeachten, da dieser auch bei den sogenannten 'rein organischen' Erkrankungen eine äußerst wichtige Rolle spielt (Wang, 1969).

Wir werden uns bemühen, diesen Gedanken in unserer Arbeit im Auge zu behalten.

C. Beschreibung der Patienten, Methodik und Fragestellung

Wir wollen uns in der vorliegenden Arbeit mit der Frage nach der verbesserten Differenzierbarkeit und Diagnostik des organischen Psychosyndroms, vor allem im Bereich der Demenz, anhand von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankheiten beschäftigen.

I. Auswahlkriterien

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden psychiatrischen Untersuchungen wurden in den Jahren 1980 und 1981 von dem psychiatrischen Konsiliardienst im Klinikum Großhadern durchgeführt. Es wurden die Berichte derjenigen Patienten ausgewählt, bei denen angenommen wurde, daß die Grunderkrankung von Seiten des Herz-Kreislaufsystems die psychischen Auffälligkeiten bedinge. Dies war im allgemeinen der Fall, wenn der überweisende Stationsarzt von einer "zerebrovaskulären Insuffizienz" bei Herz-Kreislaufkrankheit sprach. Ausgewählt wurden auch die Patienten, bei denen der psychiatrische Konsiliararzt die psychische Störung als von der Herz-Kreislaufkrankheit verursacht oder ausgelöst ansah, also bei Störungen im Sinne eines organischen Psychosyndroms.

Als Herz-Kreislaferkrankungen wurden einerseits hauptsächlich kardiale Störungen wie Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt oder Herzklappenfehler angesehen. Als Kreislaferkrankungen wurden andererseits sowohl reine Gefäßkrankheiten wie Stenosen oder apoplektische Insulte, aber auch Störungen der Sauerstoffversorgung aufgrund veränderter Fließeigenschaften und Bindungsfähigkeit wie z.B. bei Kryoglobulinämie (Morbus Waldenström) oder bei Immunvaskulitis betrachtet.

Nicht in die Untersuchung aufgenommen wurden die rein degenerativen Hirnerkrankungen und akute Verwirrtheitszustände bzw. delirante Bilder ohne den oben genannten somatischen Hintergrund. Ausgeschlossen wurden auch die psychosomatischen Aspekte der Gefäßerkrankungen.

II. Erhebung der Daten

Von den in den Jahren 1980 und 1981 untersuchten Patienten entsprachen 62 Patienten diesen Auswahlkriterien. Die psychiatrischen Untersuchungen waren in den beiden Jahren im Routinebe-

trieb erstellt worden. Von Nachteil mag dadurch sein, daß sicher nicht jeder Bericht ganz gründlich und ausführlich all die Punkte schildert, die unter dieser speziellen Fragestellung interessant wären. Von Vorteil ist aber, daß dadurch eine Überbetonung und eine vorzeitige Interpretation der von uns untersuchten Krankheitsbilder vermieden wurde, wir also zu einem wohl objektiveren Bild gelangen konnten.

Wir gingen also retrospektiv vor und stellten die Untersuchungsergebnisse aus den Krankenakten und Arztbriefen zusammen. Diese wurden nach den Gesichtspunkten ausgewertet, die für die Herz-Kreislaufferkrankung oder für die psychische Störung wesentlich sind. Insbesondere suchten wir nach Angaben über die Vorgeschichte und den bisherigen Krankheitsverlauf, über Untersuchungsbefunde von Herz, Kreislauf, Lungen und Gehirn wie z.B. Augenhintergrundspiegelungen, Elektroenzephalogramm und Gefäßdarstellungen. Interessant waren für uns auch die Ergebnisse der laborchemischen Untersuchungen, Angaben über die medikamentöse und sonstige Therapie, über den weiteren Krankheitsverlauf im Anschluß an das psychiatrische Konsil, Hinweise auf evt. auslösende Faktoren für eine akute exogene Psychose wie z.B. Medikamentenwechsel, Körpertemperatur oder extreme Blutdruckschwankungen.

Hinzukommende soziale Belastungen wie Arbeitslosigkeit und Eheprobleme verdienten ebenfalls unsere Aufmerksamkeit. So wurde von jedem Patienten eine große Anzahl von Daten gesammelt, die uns einen besseren Einblick in sein Krankheitsgeschehen ermöglichten.

III. Präzisierung der Fragestellung

Bonhoeffer weist darauf hin, daß bei den verschiedensten akuten organischen Störungen wie Urämie, Fieber, Vergiftungen oder Infektionskrankheiten nur eine begrenzte, mehr von der Persönlichkeit des Patienten als von der Art der Erkrankung abhängige, Palette von psychischen Störungen auftritt. Er stellt "im Gebiete der akuten symptomatischen psychischen Erkrankungen ... der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankungen eine grosse Gleichförmigkeit und Übereinstimmung der psychischen Erkrankungsformen" gegenüber, "vor allem von delirantem, stuporösem, angstvoll epileptoidem, dämmerzustandsartigem Charakter, Amentia-bilder und amnestische Syndromenkomplexe" (Bonhoeffer, 1917).

Es stellte sich nun die Frage, wie Bonhoeffers Vorgehen auch auf die chronischen organischen Erkrankungen übertragbar sei.

Im ersten Schritt war festgestellt worden, daß selbst in einem so beschränkten Patientengut eine Unzahl verschiedener somatischer Erkrankungen unterschiedlichsten Schweregrades vorhanden sind, wobei jeder Patient noch an mehreren, verschieden schwer ausgeprägten Krankheiten leidet.

Diese Multimorbidität wies nun die Richtung, weg von einer statistisch belegbaren Aussage über eventuelle Zusammenhänge von organischer und psychischer Erkrankung, hin zum Vergleich der psychischen Störungen untereinander.

Bei den zerebralen Gefäßkrankheiten treten insbesondere folgende Bilder auf:

- a) Depressive und neurasthenische Syndrome
- b) Paranoide Syndrome
- c) Delirante Syndrome
- d) Verwirrheitszustände mit und ohne Bewußtseinsstörungen
- e) Dementielle Bilder.

Auf der Suche nach dem gemeinsamen Aspekt, der diese Syndrome untereinander verbindet, wählten wir das Kriterium der Leistungsstörung. Über dieses sollen die organisch bedingten psycho-

pathologischen Syndrome miteinander in Beziehung gebracht werden.

Hauptsächlich anhand der psychiatrischen Konsiliarberichte, aber auch unter Berücksichtigung des weiteren Krankheitsverlaufes, wurden die Patienten in folgende Gruppen eingeordnet:

- a) Endogene Psychosen und psychogene Störungen
- b) Akute exogene Reaktionstypen, Demenzen und ihre Vorstadien
 - Schwere hirnorganische Leistungsstörungen
 - Leichte bis mittelgradige hirnorganische Leistungsstörungen.

Bei diesen Diagnosegruppen wird versucht werden, die gemeinsamen Merkmale herauszuarbeiten und jeweils mit Beispielen zu belegen.

Die Thematik der Arbeit besteht darin, das psychiatrische Vorgehen bei der Diagnostik der psychischen Störungen, die bei Herz-Kreislaufkrankheiten auftreten, zu beschreiben. Unserer Meinung nach ist die richtige Einordnung einerseits die Voraussetzung zur korrekten Diagnose, und andererseits bildet sie die notwendige Konsequenz aus dem Wissen über die Pathogenese und die mitgestaltenden Faktoren.

Dabei treten jedoch gerade bei den Herz-Kreislaufkrankheiten große Schwierigkeiten auf, da neben organischen Ausfällen und Defekten auch die für den Patienten oft schwierige Verarbeitung der Erkrankung und das häufig hohe Alter das psychische Bild prägen. So ist es oft unmöglich, klar zwischen Krankheitsursache und -ausgestaltung sowie den Persönlichkeitsfaktoren zu trennen.

Wir gingen deshalb aus vom bisherigen Krankheitsverlauf und vom momentanen psychopathologischen Bild, wobei wir auch folgenden Fragen nachgingen:

- a) In welcher Konstellation kommen organisch bedingte psychopathologische Syndrome vor, und welche Besonderheiten zeigen sich in deren Verlauf?
- b) Welche Bedeutung ergibt sich daraus für die Diagnostik und Therapie?
- c) Welche Probleme treten bei der diagnostischen Einordnung der gefundenen klinischen Bilder auf?

Wir werden dabei weder auf die genaue internistische und neurologische Diagnostik noch auf die psychosomatischen Aspekte der Gefäßkrankheiten eingehen.

D. Ergebnisse

I. Allgemeine Angaben

1. Zahl der Patienten, Alters- und Geschlechtsverteilung

Für die vorliegende Arbeit wurden die Untersuchungsergebnisse und Krankenakten von insgesamt 62 Patienten ausgewertet, die in den Jahren 1980 und 1981 im Psychiatrischen Konsiliardienst im Klinikum Großhadern der Universität München untersucht worden waren.

Von diesen Patienten waren 31 Frauen (50%) und 31 Männer (50%). Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 64,7 Jahre. Die Verteilung auf die einzelnen Altersgruppen ist in Abbildung 1 S. 33 dargestellt.

Unter 51 Jahre alt waren sieben Frauen, je eine davon in der Altersgruppe von 21 bis 30 und von 31 bis 40. Fünf Frauen waren zwischen 41 und 50 Jahre alt, während nur ein Mann in diese Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen fiel. In den Gruppen von 51 bis 60 Jahre und 61 bis 70 Jahre hingegen befand sich die Mehrzahl der Männer mit je

12 bzw. 13 Patienten, während nur zwei bzw. sechs weibliche Patienten hier einzureihen waren. 14 Frauen waren zwischen 71 und 80 Jahre alt, gegenüber nur fünf Männern in dieser Gruppe. Die beiden ältesten Patientinnen waren 82 und 86 Jahre alt.

Es fällt der Häufigkeitsgipfel der Männer zwischen dem 51. und 70. Lebensjahr im Gegensatz zu dem der Frauen zwischen dem 61. und 80. Lebensjahr auf. Dies dürfte sich jedoch erklären lassen mit dem jeweils unterschiedlichen Anteil an der Alterspyramide (Statistisches Jahrbuch, 1982).

Die meisten der 62 Patienten, nämlich 45 Patienten (72,6%), wurden aus den drei Medizinischen Kliniken des Klinikums Großhadern an den Psychiatrischen Konsiliardienst überwiesen.

11 Patienten (17,8%) kamen aus der Neurologischen Klinik. Drei Patienten (4,8%) wurden von der Urologischen Klinik, zwei Patienten (3,2%) wurden von der Neurochirurgischen Klinik und ein Patient (1,6%) wurde von der Chirurgischen Klinik überwiesen. Aus jedem Fachgebiet waren es etwa gleich viele weibliche und männliche Patienten.

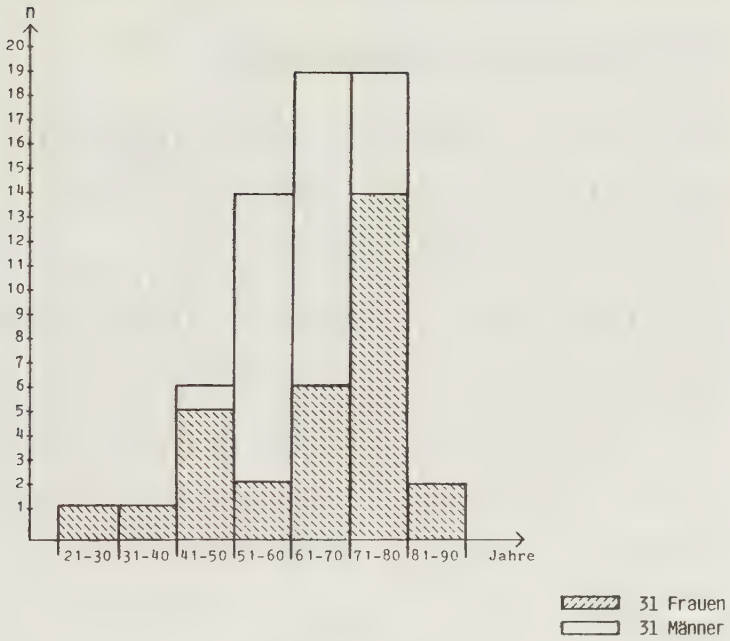


Abb. 1: Alters- und Geschlechtsverteilung
der untersuchten Patienten (n = 62).

2. Internistische und neurologische Krankheitsbilder

2.1 Klinische Untersuchungsergebnisse

Entsprechend dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Auswahlkriterium der Herz-Kreislaufkrankheiten litten die 62 Patienten an folgenden Grundkrankheiten:

Bei 30 Patienten (48,4%) bestand eine Hypertonie mit systolischen Werten über 160 mmHg bzw. diastolischen Werten über 100 mmHg. Apoplektische Insulte waren bei 21 Patienten (33,9%) akut oder anamnestisch aufgetreten. Eine manifeste Herzinsuffizienz bei 18 Patienten (29%), eine koronare Herzkrankheit vom Grad einer Zwei- oder Dreifäßerkrankung bei 15 Patienten (24,2%) und ein arterielles Verschußleiden bei 11 Patienten (17,7%) waren die nächsthäufigen Diagnosen.

Ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus bestand zusätzlich bei sieben Patienten (11,3%), und bei sechs Patienten (9,7%) lag eine Alkohol- und/oder Medikamentenanamnese vor (siehe Abbildung 2 S. 35).

Diesen Angaben entsprechen auch die zusätzlichen Erkrankungen der Patienten: acht Patienten mit einem vorangegangenen Herzinfarkt, neun Patienten mit einer generalisierten Gefäßsklerose, 10 Patienten mit ausgeprägter Varikosis oder Thrombophlebitiden, 13 Patienten mit einer kompensierten Niereninsuffizienz, sechs Patienten mit Zustand nach Lungenembolie. Bei vier Patienten bestand eine Mitralklappeninsuffizienz bzw. ein Mitralklappenprolaps, fünf Patienten kamen exsikkiert oder kachektisch in die Klinik. Fünf Patienten war ein Herzschrittmacher implantiert worden, drei Patienten hatten bereits eine Carotis-Bypass-Operation und vier Patienten eine Koronararterien-Bypass-Operation hinter sich. Wenige Patienten litten lediglich an

	n
Hypertonie	21
Z.n. apoplektischem Insult	21
Manifeste Herzinsuffizienz	18
Koronare Herzkrankheit	15
Arteriellcs Verschlul3leiden	11
Insulinpflichtiger Diabetes mellitus	7
Alkohol- bzw. Medikamenten-Abusus	6

Abb. 2: Die häufigsten somatischen Erkrankungen mit möglicherweise zerebrovaskulärer Beteiligung (n = 62, Mehrfacherkrankung möglich).

einer der aufgeführten Erkrankungen, bei den meisten mußten drei oder vier der internistischen Diagnosen gestellt werden, die zusammen das oft schon lange bestehende und schwere Krankheitsbild gestalteten.

Der Schweregrad der somatischen Erkrankung wurde bei 12 Patienten (19,4 %) als leicht erkrankt, bei 19 Patienten (30,6 %) als mittelgradig erkrankt, bei 21 Patienten (33,9 %) als schwer und bei 10 Patienten (16,1 %) als schwerst erkrankt eingeschätzt.

Im Verlauf ihres Aufenthaltes im Klinikum Großhadern verstarben drei der 62 Patienten.

2.2 Neurologische Untersuchungsergebnisse

Bei insgesamt 48 Patienten (77,4 %), wovon 11 Patienten der Neurologischen Klinik waren, lag ein neurologischer Untersuchungsbefund vor.

Davon wurden 15 Patienten als neurologisch schwer erkrankt eingeschätzt (z.B. Zustand nach zerebraler Apoplexie mit bleibender Hemiparese). 13 Patienten zeigten eine neurologische Erkrankung mittleren Schweregrades (z.B. bleibende sensible oder motorische Einschränkungen, die nicht zu starker körperlicher oder sozialer Beeinträchtigung führen). 14 Patienten wurden als neurologisch leicht erkrankt eingestuft (reversible Störungen).

Bei sechs Patienten war der neurologische Untersuchungsbefund unauffällig.

2.3 Ergebnisse der Zusatzuntersuchungen

In der Auswertung der Krankenakten waren vor allem noch diejenigen Untersuchungen von besonderem Interesse, die möglicherweise eine Aussage über den Durchblutungszustand des Gehirns liefern können.

Elektroenzephalographie:

Bei 37 Patienten (59,7 %) wurde ein Elektroenzephalogramm (EEG) durchgeführt. In sieben Fällen zeigte das EEG keine pathologischen Veränderungen. Bei den 30 pathologischen EEG's zeigten sich leichte, mittelgradige und, in wenigen Fällen, schwere Allgemeinveränderungen, vor allem im Sinne einer diffusen Funktionsstörung, die sich mit zerebrovaskulärer Störung vereinbaren lassen. In vier Fällen fand sich im EEG ein Herdbefund, wobei bei einem Patienten eine generalisierte arterielle Verschlusskrankheit und bei drei Patienten ein Zustand nach zerebralem Apoplex bestand.

Insgesamt ist jedoch zu bedenken, daß das EEG eine relativ unspezifische Untersuchungsmethode darstellt, so daß daraus keine sicheren Rückschlüsse auf eine verminderte Durchblutung gezogen werden können.

Hirnszintigraphie:

Bei 30 Patienten (48,4 %) wurde eine szintigraphische zerebrale Durchblutungsstudie mit Technetium (^{99}Tcm) durchgeführt. Hier

zeigte sich bei 15 Patienten eine verlängerte arterielle Anflutung bzw. eine verminderte Perfusion. Dieser Befund wird als dringend verdächtig auf einen zerebralen Gefäßprozeß interpretiert.

Computertomographie:

Bei 29 der untersuchten Patienten (46,8 %) wurde eine kraniale Computertomographie durchgeführt. In lediglich neun Fällen zeigte das Computertomogramm einen unauffälligen altersentsprechenden Befund. In sechs Fällen fanden sich Marklager- und Rindenatrophie sowie erweiterte Liquorräume im Sinne einer Großhirn- bzw. Kleinhirnatrophie. Die restlichen 14 Untersuchungsergebnisse zeigten dichtegeminderte Zonen im Sinne abgelaufener Infarkte.

Dopplersonographie:

Bei 21 Patienten (33,9 %) wurde die arterielle Strömung in den Carotiden mit Hilfe der Dopplersonographie untersucht. In 11 Fällen war das Ergebnis der Untersuchung negativ. In 10 Fällen fand sich ein verringerter Flow und sogar teilweise Wirbelbildungen, die auf stenosierende Prozesse in der entsprechenden Arteria carotis hinweisen.

Angiographie:

Bei 14 Patienten (22,6 %) wurde eine angiographische Untersuchung der das Gehirn versorgenden Gefäße vorgenommen. Dabei fanden sich in 10 Fällen hämodynamisch wirksame Veränderungen im Sin-

ne von Ektasien, Gefäßerweiterungen, Gefäßstenosen und Schlingenbildungen.

2.4 Bedeutung der aufgeführten Untersuchungsergebnisse für den psychiatrischen Konsiliararzt

Die bis hierher aufgezeigten klinischen und neurologischen Untersuchungsergebnisse sind für die psychiatrische Konsiliaruntersuchung wichtig, da der organische Befund die psychiatrische Beurteilung mitbeeinflusst. Der Ort oder der Schweregrad der internistisch oder neurologisch festgestellten zerebralen Durchblutungsstörung ist zwar für das psychiatrische Vorgehen von Bedeutung, die psychiatrische Diagnose ergibt sich jedoch im wesentlichen aus dem psychiatrischen Bild unter Einbeziehung der organischen Erkrankung.

3. Beruf und soziale Situation der Patienten

Bei der psychiatrischen Untersuchung sind das Wissen um Beruf, sozialen Status und sonstige Lebensumstände des Patienten von besonderer Bedeutung. Großen Einfluß hat dies gerade auch bei älteren Menschen auf die Beurteilung der Therapiemöglichkeiten und auf die soziale Beratung.

Unter den 62 Patienten befanden sich 15 Angestellte und 14 Arbeiter. 13 Frauen gaben an, Hausfrau zu sein; möglicherweise hatten aber einige unter ihnen einen Beruf erlernt. Fünf Patienten hatten einen selbständigen Handwerksbetrieb, sechs besaßen ein Geschäft bzw. waren selbständige Kaufleute, sieben waren Akademiker, ebenfalls größtenteils selbständig. Von zwei Patienten fehlen die Berufsangaben.

14 noch berufstätigen Patienten standen 28 Rentner und Frührentner gegenüber. Überhaupt keiner Betätigung, weder im Beruf noch im Haushalt noch in Form eines Hobbies oder ähnlichem gingen 13 Patienten nach; meist war der Grund dafür ihre schwere körperliche Behinderung.

19 Patienten lebten zusammen mit ihrer Familie oder bei ihren Kindern, während 25 Patienten mit ihrem Partner zusammenlebten. Alleine wohnten 16 Patienten, und zwei Patienten lebten bereits vor Aufnahme ins Klinikum in einem Heim. Bei weiteren 11 Patienten wurde im Rahmen der psychiatrischen Konsiliaruntersuchung der Umzug in ein Senioren-Wohnheim, in ein Altersheim oder in ein Pflegeheim empfohlen. Bei einigen Patienten gestaltete sich die häusliche Pflege äußerst schwierig. Dies zeigte sich u.a. daran, daß bei neun der überwiesenen Patienten die Frage nach Errichtung einer Pflegschaft (sieben Patienten) oder nach Unterschrifts- und Testierfähigkeit (zwei Patienten) ge-

stellt wurde. Diese Fragestellung wurde nach Möglichkeit in Absprache mit den Patienten und, vor allem, mit der Familie geregelt.

II. Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchung

1. Patienten mit endogenen Psychosen und psychogenen Störungen

Nicht selten verbergen sich endogene Psychosen und psychogene Reaktionen bei Patienten mit Herz-Kreislaufkrankheiten hinter einer organisch anmutenden psychopathologischen Symptomatik. Oft sind mehrere Untersuchungen nötig, manchmal sogar eine Wiedervorstellung nach einem halben oder einem Jahr, um die Vermutung einer primär psychischen Störung zu bestätigen.

Bei 12 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 59,3 Jahren konnten die depressiven, ängstlichen und paranoiden Syndrome den folgenden psychiatrischen Diagnosen zugeordnet werden: Reaktive Depression in sieben Fällen, endogene Depression in einem Fall, paranoide Psychose im Senium in einem Fall, zweimal Hysterischer Dämmerzustand und einmal Analgetikaabhängigkeit (siehe Abbildung 3 Seite 42).

	n
Reaktive Depression	7
Endogene Depression	1
Paranoide Psychose im Senium	1
Hysterischer Dämmerzustand	2
Analgetikaabhängigkeit	1

Abb. 3: Psychiatrische Diagnosen in der Gruppe der endogenen Psychosen und psychogenen Störungen (n = 12).

Die Symptome des Querschnittbildes (siehe Abbildung 4) - bei den untersuchten Patienten standen im Vordergrund depressive Symptome, Angst, Antriebsminderung, Verlangsamung im Denken und Konzentrationsstörungen, in Einzelfällen kamen noch Dämmerzustände und Wahnideen hinzu - gestatten häufig allein keine klare diagnostische Aussage. Wird jedoch der Verlauf miteinbezogen, so erlaubt dieser oft die diagnostische Abgrenzung.

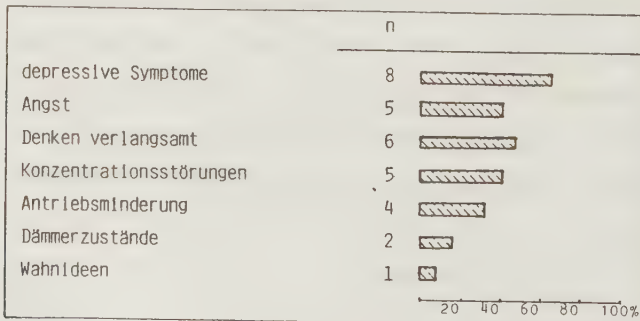


Abb. 4: Symptome bei endogenen Psychosen und psychogenen Störungen (n = 12).

1.1 Vorrangig psychogene Störungen

Die Patienten mit endogenen Psychosen und psychogenen Störungen wurden noch in zwei Untergruppen unterteilt, um dadurch ein jeweils geschlosseneres Bild zu erhalten.

Bei sechs Patienten fand sich ein primär psychogenes Bild, bei dem in der somatischen Erkrankung höchstens ein auslösender oder verstärkender Faktor zu sehen ist. Die folgenden Kasuistiken sollen aufzeigen, daß lediglich unter Einbeziehung des Verlaufs der somatischen wie der psychischen Erkrankung eine diagnostische Abgrenzung möglich ist.

Fallbeispiel 1:

Der 67-jährige Patient, von Beruf Produktionsleiter beim Fernsehen, jetzt pensioniert, wird von der Medizinischen Klinik wegen einer depressiven Symptomatik überwiesen.

Seit etwa 15 Jahren besteht bei ihm ein Bluthochdruck, jetzt ist er wegen Koronarer Herzkrankheit und intermittierender absoluter Arrhythmie in Behandlung. Obwohl er vor zwei Jahren an einem Aortenaneurysma operiert worden war und vor einem Jahr wegen der Rhythmusstörungen auf einer Intensivstation gelegen war, war er doch in den letzten Jahren sehr unternehmungslustig, interessiert und aktiv auf Reisen gewesen. Früher litt er sehr unter Migräne, die aber nach einer Akupunkturbehandlung und mit

der Pensionierung verschwand. Die Pensionierung habe er sehr gut vertragen, endlich habe er Ordnung in seine Briefmarkensammlung bringen können.

Seit etwa drei Monaten fühlt sich der Patient nicht mehr recht wohl, und seit etwa 10 Tagen leidet er unter depressiver Verstimmung und unter grundlosem Weinen, wobei sich in der Brust alles verkrampfe. Dieselben "Weinkrämpfe" seien bereits vor einem Jahr auf der Intensivstation aufgetreten. In den somatischen Beschwerden hatte sich seither nichts wesentliches verändert.

Bei der Untersuchung wirkt der Patient deutlich in der Stimmung gedrückt und im Antrieb vermindert, jedoch ist die depressive Stimmung zu durchbrechen. Er ist verlangsamt, es bestehen Konzentrationsstörungen und Gedankenverarmung, aber keine Gedächtnisstörungen. Vor allem im Zusammenhang mit den Herzbeschwerden besteht Angst, sogar Todesangst. Außerdem leidet er unter Durchschlafstörungen und Appetitminderung, es besteht jedoch keine Tagesschwankung.

Der psychiatrische Konsiliararzt empfiehlt die Einleitung einer antidepressiven Therapie mit Dibenzepin, 2 x 40 mg täglich. Nach etwa zwei Wochen stellt sich eine leichte Besserung der depressiven Verstimmung ein, und nach weiteren drei Tagen kommt es, nach den eigenen Worten des Patienten, zu einem Umschwung. Er liest wieder gern, kann das Gelesene behalten, Mimik und

Gestik sind lebhafter, die innere Unruhe und die Grübelneigung haben sich gebessert. In der gleichen Zeitspanne hatte sich jedoch in der Situation der Herzrhythmusstörungen und der Angina pectoris nichts geändert, nach wie vor sprechen diese kaum auf eine antiarrhythmische Therapie an, so daß von inter-nistischer Seite auf eine medikamentöse Behandlung verzichtet wird. Im Anschluß an den Klinikaufenthalt kann der Patient zur Kur fahren. Deshalb wird die antidepressive Therapie noch am-bulant weitergeführt und kann nach drei Monaten abgesetzt wer-den. Die Stimmungslage bleibt dabei stabil.

Hier wird die Diagnose einer endogenen Depression im Senium ge-stellt, wobei der hirnorganische Anteil der Erkrankung minimal zu sein scheint. Zwar können die "Weinkrämpfe" ein Jahr zuvor reaktiver Art gewesen sein, diesmal jedoch hatte sich weder vor noch nach dem Klinikaufenthalt in der somatischen Erkran-kung eine Änderung ergeben. Auch anderweitig waren keine Ver-änderungen eingetreten gewesen, so daß für exogene bzw. reakti-ve Störung kein Anhalt gegeben ist.

Fallbeispiel 2:

Die 49-jährige Patientin, von Beruf technische Zeichnerin und freiberuflich tätig, wird von der Medizinischen Klinik zur Ab-klärung ihrer seit vielen Monaten bestehenden, unerträglichen Kopfschmerzen überwiesen. Es wird die Frage gestellt, ob es sich

um ein "paraproteinämisches Psychosyndrom bei Morbus Waldenström" handeln könne.

Seit längerem leidet die Patientin an starken, z.T. vom Nacken ausstrahlenden, nicht seitenbetonten Kopfschmerzen. Wegen multipler orthopädisch behandelter Beschwerden wie einem Schleudert trauma der Halswirbelsäule, einem Lendenwirbelsäulen-Syndrom sowie einer Coxarthrose war sie in der Klinik für Physikalische Medizin in Behandlung gewesen, wo eine Schleiersenkung auffiel. Aus diesem Grund und wegen der extremen Kopfschmerzen sowie wegen uncharakteristischen Allgemeinsymptomen wie zunehmender Abgeschlagenheit und Schlafstörungen war die stationäre Aufnahme erfolgt.

In der Immunelektrophorese zeigt sich eindeutig eine Gamma-M-Kappa-Paraproteinämie, eine mäßige Verminderung des polyklonalen IgG sowie IgA, außerdem eine deutlich ausgeprägte Kryoglobulinämie. In der Urinelektrophorese findet sich ein schmalbasiger Gradient in Gammastellung, der immunelektrophoretisch einer deutlich ausgeprägten mikromolekularen Kappa-Bence-Jones-Proteinurie entspricht. Trotzdem ist anfangs die Viskosität nicht verändert. Die histologische Untersuchung einer Beckenkammbiopsie zeigt eine deutliche Vermehrung von lymphatischen Zellen bei hohem Anteil von Plasmazellen und Mastzellen.

Diese Untersuchungsergebnisse zusammen sind beweisend für eine Gamma-M-Kappa-Paraproteinämie (Morbus Waldenström), so daß eine

zytostatische Therapie mit Chlorambucil und Cyclophosphamid eingeleitet werden muß, zumal es bereits zu Blutungskomplikationen gekommen ist: Am Augenhintergrund fallen beidseits gestaute Venen und perikapilläre Blutungen auf. Diese werden nach Kenntnis der Grundkrankheit bei unauffälligem kranialem Computertomogramm und Liquorbefund als durch paraproteinämische Ablagerungen bedingt gedeutet. Ferner kommt es während des stationären Aufenthaltes zu Tinnitus und einem massiven Drehschwindel, die plötzlich auftreten. Vom Hals-Nasen-Ohren-Arzt wird konsiliarisch ein Labyrinthapoplex rechts diagnostiziert. Die Beschwerden bessern sich im Verlauf der nächsten Woche durch Übernahme von der Gegenseite weitgehend.

In der psychiatrischen Untersuchung schildert die Patientin die Angaben zu ihrer Biographie auffallend positiv. Sie habe eine in jeder Hinsicht "wundervolle Jugend" erlebt, nach Schulabschluß mit mittlerer Reife in Berlin die Graphische Akademie besucht, diese Ausbildung infolge Arbeitsdienst und Kriegswirren nicht abschließen können, sei "jedoch kein verkanntes Genie durch den Krieg geworden". Sie hatte jung, während der ersten Kriegsjahre, geheiratet, der Ehemann ist gefallen. Die beiden Töchter aus erster Ehe zog sie in den folgenden Jahren allein auf, "alles ging bestens, trotz der äußeren Schwierigkeiten." Sie heiratete dann noch einmal, der zweite Mann verstarb vor 11 Jahren. Obwohl diese Ehe "nicht das Wahre" gewesen sei, sei

ihr auch in dieser Zeit "nichts abgegangen", bis heute sei es ihr gelungen, aus allem das Beste zu machen. Die erwachsenen Töchter sind jetzt aus dem Haus.

Die Angaben sowohl zur Krankheitsgeschichte als auch zur Biographie bleiben trotz einer gewissen Koketterie und Selbstironie in der Darstellungsweise vage. Zwischenfragen beantwortet die Patientin häufig nicht, so daß die Erhebung einer vollständigen Anamnese kaum möglich wird. Im Kontaktverhalten wirkt die Patientin etwas oberflächlich, teils kühl, teils etwas distanzlos. Im Gegensatz zur übertrieben positiven Schilderung der Biographie wirkt sie hinsichtlich des Beschwerdebildes etwas klag-sam, sie seufzt häufig, begleitet von einer entsprechenden Mimik und Gestik. Immer wieder betont sie, daß keinerlei psychische Probleme bestünden, daß sie keine Angst habe und das Leben insgesamt schön finde. Die Frage nach einem eventuellen Schmerzmittelmißbrauch verneint sie betont.

Es ist sehr schwierig, ohne zusätzliche Informationen wie z.B. eine Fremdanamnese, die psychopathologischen Auffälligkeiten der Patientin nosologisch klar einzuordnen. Der psychiatrische Konsiliararzt tendiert dazu, das Bild im Rahmen einer bereits vorher bestehenden, von der Grunderkrankung unabhängigen, Störung zu sehen. So wird das streckenweise distanzlose Verhalten, die Weitschweifigkeit und die Oberflächlichkeit in den Angaben als Ausdruck dieser Störung interpretiert und darin

ein dringender Hinweis auf einen doch bestehenden Analgetikaabusus gesehen.

1.2 Reaktive Depression

Bei den anderen sechs Patienten der Gruppe der endogenen und psychogenen Störungen steht die reaktive Depression im Vordergrund. Diese Patienten haben Schwierigkeiten, die somatische Krankheit zu bewältigen und sich an sie anzupassen, sie kommen mit den sozialen und psychischen Folgen der Erkrankung nicht zurecht. Lipowski beschreibt in diesem Zusammenhang "reaktive Syndrome, das heißt Psychosen, Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die die Schwierigkeiten bei der Bewältigung einer gegebenen somatischen, einschließlich zerebralen, Erkrankung und deren subjektiv überfordernden psychologischen und sozialen Konsequenzen repräsentieren" (Lipowski, 1975). Mayer-Gross sieht die Problematik allgemeiner: "Das Alter ist bei manchen Leuten dazu bestimmt, die Schwachstellen aufzudecken, die während der aufsteigenden Teile des Lebenszirkels erfolgreich verborgen wurden" (Mayer-Gross, 1969). Ebenso wie das Alter könne auch Krankheit frühere Konflikte wieder neu aufleben lassen.

Auch diese reaktiven psychischen Störungen lassen sich meist nur unter genauer Beachtung des Verlaufs diagnostisch abgrenzen, wie die folgenden Kasuistiken zeigen sollen.

Fallbeispiel 3:

Der 62-jährige Patient kommt auf eigenen Wunsch zur psychiatrischen Untersuchung, da er "mit den Nerven völlig fertig" sei.

Dem behandelnden Arzt der Medizinischen Klinik war der Patient leicht erregbar und depressiv erschienen.

Aus der Vorgeschichte ist erwähnenswert, daß er nach dem Krieg sein vorher begonnenes Volkswirtschaftsstudium nicht mehr aufnahm, sich vielmehr, nach einer Sattlerlehre, als Versicherungsagent selbständig machte. Daneben führt er zusammen mit seiner Ehefrau einen Einzelhandel für Spielwaren und Malerbedarf. Die Beziehung zu seiner Frau schildert er als sehr harmonisch.

Vor etwa 10 Jahren kam es erstmals zu Angina-pectoris-Anfällen.

Seither sind eine Erhöhung der Blutfettwerte und ein mit Diät und oraler Medikation eingestellter Diabetes mellitus bekannt.

In den folgenden Jahren traten kaum noch Angina-pectoris-Anfälle auf, jedoch fühlt sich der Patient zunehmend durch die doppelte Berufsbelastung und einen Hausbau überfordert und den vielfältigen Belastungen nicht mehr voll gewachsen. Vor etwa einem halben Jahr kam es zu einem schweren und ausgedehnten Herzinfarkt. Bei der später anschließenden koronarangiographischen Untersuchung wurde eine Dreigefäßerkrankung des angiographischen Schweregrades IV festgestellt.

Bei der psychiatrischen Untersuchung des etwas vorgealtert wirkenden Patienten fallen die deutlich depressiv getönte Grund-

stimmung und die ausgeprägte Affektlabilität auf. Er schildert anschaulich, wie er sich von den anstehenden Entscheidungen überlastet fühle, wie seit dem Herzinfarkt jede Kleinigkeit ihn aufrege und auch, wie er sich schon seit seiner Jugend ausgebeutet und ausgenutzt sehe. Nach seiner Erfahrung wird man "nach Strich und Faden belogen und betrogen, wenn man nicht aufpaßt wie ein Luchs." Er wirkt innerlich extrem unruhig und in Zukunftsängsten und depressiven Gedanken gefangen. Er schildert keine Minderung der Konzentrations- und Merkfähigkeit.

Das ausgeprägte depressive Syndrom ist wohl als multifaktoriell bedingt zu sehen, wobei die reaktiven Anteile die größte Rolle spielen. Hinzu kommt die zwanghaft-depressive Primärpersönlichkeit des Patienten und evt. eine organische Komponente im Rahmen der schweren Allgemeinerkrankung, doch finden sich keine darauf hinweisenden pathologischen Untersuchungsergebnisse.

Es wird eine antidepressive Therapie mit Mianserin, 3 x 10 mg täglich, eingeleitet, die der Patient auch gut verträgt. Ferner wird eine weitergehende ambulante nervenärztliche Betreuung vorgeschlagen.

Es scheint für den Patienten sehr schwierig zu sein, die seit einiger Zeit, und besonders seit dem Herzinfarkt, aufgetretene Leistungsminderung zu verarbeiten. Es kommt dadurch zum Aufleben alter Kränkungen und Konflikte, woraus die Ausprägung der depressiven Verstimmung resultiert.

Fallbeispiel 4:

Die 38-jährige, vorgealtert wirkende Patientin, von Beruf gelernter Textilkaufrann, wird von der Neurologischen Klinik erstmals mit der Fragestellung "Analgetikaabusus" überwiesen. Später kommt sie nach einem Suizidversuch ein zweitesmal.

Seit 1971 waren bei der Patientin mehrfach apoplektische Insulte mit Hemiparesen der rechten Körperhälfte aufgetreten. Im Frühjahr 1976 wurde auf der Grundlage einer Carotis-Angiographie die Diagnose Moya-Moya-Syndrom gestellt. Da es seit April 1977 zu ständigen, von der Patientin als unerträglich geschilderten, Kopfschmerzen gekommen war, wurde in der Neurochirurgischen Klinik eine extra-intra-kranielle Bypass-Operation durchgeführt. Wegen dann, nach vier Monaten plötzlich wieder stark aufgetretener Kopfschmerzen kam es bei der Patientin im Verlauf zu einem Schlafmittel- und Analgetikaabusus. Dieser konnte zwischenzeitlich durch medikamentöse Umstellung auf Neuroleptika weitgehend beseitigt werden, innerhalb des letzten halben Jahres vor dem psychiatrischen Konsil kommt es dann jedoch erneut zu einem massiven Pentazocin-Abusus. Dieser führt zur stationären Aufnahme 1980, bei der der Entzug durchgeführt wird. Eine Entwöhnungsbehandlung in einer privaten Nervenlinik schließt sich daran an. Anderthalb Jahre später wird die Patientin nach einem medikamentösen Suizidversuch wieder stationär im Klinikum Großhadern aufgenommen.

Nachdem sie bei den ersten psychiatrischen Untersuchungen noch sehr benommen und antriebsgemindert erscheint, ist sie nach fünf Tagen im Gespräch sehr zugänglich. Sie berichtet, daß sie sich vor 14 Tagen mit ihrem Mann gestritten hätte. Sie hätten zusammen eingekauft, und er hätte ihr hinterher die Sachen zwar in die Küche gestellt, ihr aber nicht beim Auspacken geholfen, sondern sich vor den Fernseher gesetzt. Sie habe sich so darüber geärgert, daß sie ihn plötzlich angeschrien habe, er solle doch das Haus verlassen, wenn er ihr nicht helfen wolle. Sie sei schließlich krank. Er habe daraufhin die Wohnung verlassen und sei in eine Wirtschaft gegangen. Die nächsten 14 Tage hätten sie nicht mehr miteinander gesprochen. Sie habe dann plötzlich nachts gemeint, daß das Leben so keinen Sinn mehr habe und habe versucht, sich mit allen Tabletten, die sie gehabt hätte, Amitryptilin und Beruhigungsmittel, das Leben zu nehmen. Der Ehemann habe sie am nächsten Morgen tief schlafend gefunden und habe sie in die Klinik bringen lassen.

Aus der Vorgeschichte ist noch erwähnenswert, daß sie sich bereits 1973 im Zusammenhang mit Problemen mit dem Ehemann, der sie allein gelassen habe, einen Suizidversuch mit Tabletten und Alkohol unternommen hatte. Ein zweiter Suizidversuch folgte 1976, nachdem ihr die Diagnose Moya-Moya-Syndrom und deren Bedeutung mitgeteilt worden war. Ein Kaufhausdiebstahl, den sie, erstmals in ihrem Leben, 1979 durchgeführt hatte, belastet die Patientin ebenfalls sehr. Sie habe, mehr in Trance, vergessen zu bezahlen,

als daß sie überlegt gestohlen habe. Damals redete sie abends kaum mit ihrem Mann, was zu Spannungen führte, da er ansich sehr unternehmungslustig sei. Sie geht nicht mehr in die Stadt, ist stimmungsmäßig ganz gedrückt. Zwar versorgt sie ihren Haushalt, fühlt sich aber im Antrieb vermindert.

Während die Patientin anfangs nach diesem dritten Suizidversuch auf einer Trennung vom Ehemann besteht und noch voller Ärger über sein Verhalten ist, legt sich dieser Ärger allmählich, und sie will, nachdem der Ehemann sie wiederholt in der Klinik besucht, weiter mit ihm zusammenleben. Auch er erklärt sich bereit, noch einmal wieder von vorne anzufangen. Über bestimmte Reibungspunkte können die Eheleute jetzt wohl offen sprechen. So beschwert sich der Ehemann über den "Putzfimmel" der Patientin. Sie selbst berichtet dazu, daß sie den ganzen Tag putze, daß sie abends auch noch mit dem Staubsauger hinter ihrem Mann herlaufe. Sie wolle dieses jetzt einstellen. Sie erklärt sich auch bereit, wieder einmal mit ihm fortzugehen, was sie schon seit Jahren nicht mehr getan habe. Der Ehemann gehe gerne ins Theater und ins Kino, sie habe dieses seit Jahren immer abgelehnt, weil sie meinte, daß man ihr ihre Behinderung ansehe.

Die Patientin fühlt sich durch die organische Krankheit deutlich behindert. Die Angst davor, man könne ihr die Erkrankung anmerken und die Erwartungsangst vor dem Auftreten eines er-

neuten zerebralen Insultes führen so weit, daß die Patientin nicht mehr allein auf die Straße geht. Dabei ist sie körperlich leistungsfähig und putzt den ganzen Tag.

Sie ist sehr zwanghaft, übergenaу und leistungsbezogen. Sie sucht oft nach den richtigen Worten und verspricht sich wiederholt, was durch die leichte Restsymptomatik einer motorischen Aphasie und durch ihr Bemühen um sehr genaue Ausdrucksweise bedingt sein dürfte. In ihren Schilderungen wirkt sie etwas umständlich und sehr ins Detail gehend. Stimmungsmäßig wirkt sie oft deprimiert, besonders, wenn sie über ihre Krankheit grübelt. Sie neigt dazu, lange Zeit alles in sich hineinzuschlucken und reagiert dann unerwartet bei geringen Anlässen mit aggressiven Durchbrüchen. Es bestehen keine inhaltlichen Denkstörungen und keine Wahrnehmungsstörungen, auch die anfänglich leichten Konzentrationsstörungen bessern sich zusehends.

Von internistischer Seite finden sich keine Auffälligkeiten. Bei der Prüfung der Koordination ergibt sich im Rombergversuch und im Blindgang ein ungerichtetes Schwanken. Es besteht eine geringgradige Dysdiadochokinese rechts. Im Arm- und Beinhalteversuch ergibt sich eine geringgradige Absinktendenz rechts. Im vom 2. und 3. Trigeminusast links versorgten Hautareal findet sich eine leichte Hypästhesie bei seitengleichem Cornealreflex. Die Laborbefunde sind sämtlich unauffällig. Im kranialen Computertomogramm zeigt sich eine ausgeprägte Mark- und Rindenatro-

phie sowie Zustand nach älteren abgelaufenen Infarkten. Das Elektroenzephalogramm, das Ultraschall-Enzephalogramm sowie das Hirnszintigramm mit Durchblutungsstudie waren sämtlich in den letzten, ohne erneutes Infarkt ereignis abgelaufenen Jahren, unauffällig gewesen.

Die psychische Symptomatik ist geprägt durch eine reaktiv depressive Symptomatik im Zusammenhang mit der Moya-Moya-Erkrankung, und durch psychische Symptome, die organisch bedingt sind. Wohl durch die zerebrale Beeinträchtigung kann sich die Patientin schlechter steuern und neigt bei geringen Anlässen zu explosionsartigen Durchbrüchen. In diesem Zusammenhang ist auch der letzte Suizidversuch zu sehen. Die Eheproblematik besteht seit Beginn der Erkrankung. Die sehr leistungsbezogene und akkurate Patientin hat große Schwierigkeiten, sich mit dem Restzustand nach einem linkshirnigen zerebralen Infarkt (leichte Dysarthrie und verbale Paraphasien, Wortfindungsstörungen) zu arrangieren. Sie wirkt bei der Entlassung zwar zuversichtlich, besser mit diesen Störungen fertig zu werden, sieht aber auch die Schwierigkeiten, die dabei für sie auftreten würden. Deshalb wird mit ihr eine regelmäßige psychiatrische Behandlung vereinbart sowie als antidepressive Therapie zur Unterstützung Doxepin, 50 mg täglich, verordnet.

Zu dieser psychiatrischen Therapie erscheint die Patientin, entgegen der Vereinbarung, nicht mehr. Als Begründung gibt sie an, nicht alleine auf die Straße gehen zu können.

Diese beiden letzten Kasuistiken führen bereits an die eigentliche Problematik, die in der Einleitung vorgestellt wurde, heran. Häufig kommt zur organischen Erkrankung eine depressive Symptomatik hinzu, die, wie oben beschrieben, ein organisches Psychosyndrom vortäuschen kann. Weitaus häufiger jedoch treten nach unseren Ergebnissen, wie auch das vierte Fallbeispiel zeigt, die depressive Symptomatik und das organische Psychosyndrom zusammen auf und erschweren das Krankheitsbild.

2. Patienten mit organisch bedingter psychischer Störung - Akute exogene Reaktionen, Demenzen und ihre Vorstadien

Wir kommen jetzt zu dem bereits eingangs vorgestellten Problem, nämlich zu den 50 Patienten, deren psychische Störungen als organisch bedingt anzusehen sind. Dabei darf nicht übersehen werden, daß bei jedem Patienten die psychische Ausgestaltung das Krankheitsbild mehr oder weniger prägt, jedoch allen die organische Ursache der psychischen Störung gemeinsam ist. Diese Störungen werden nach psychopathologischen Kriterien, also symptombeschreibend, und nach Verlaufsgesichtspunkten geordnet. Das gemeinsame Merkmal der psychischen Störung aller dieser Patienten ist ihre Leistungsstörung. Hiermit ist die Leistungsstörung gemeint, wie man sie bei den exogenen Psychosen, Demenzen, Vorstadien von Demenzen und bei den anderen hirnorganisch

bedingten psychopathologischen Syndromen findet: Orientierungsschwäche, nachlassende Merkfähigkeit, Konzentrationsschwäche, Affektinkontinenz und Affektlabilität, verminderte intellektuelle Fähigkeiten usw.

Insgesamt betrachtet finden sich zwei heterogene, in ihrer Qualität sehr unterschiedliche Ausprägungen des gemeinsamen Begriffs der Leistungsstörung.

Zum einen treten die klinischen Bilder der leichten bis mittelgradigen Leistungsstörung auf. Diese beinhalten eine allgemeine Leistungsminderung mit meist deutlich ausgeprägter Intelligenzstörung, jedoch kann diese auch fehlen. Die allgemeine Leistungsminderung wird häufig von depressiven und gelegentlich auch neurasthenischen Syndromen begleitet. Im Abschnitt II.2.2 wird darauf eingegangen .

Die schweren Leistungsstörungen andererseits entsprechen den dementiellen Bildern mit starken Merkfähigkeits-, Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, schweren Störungen der intellektuellen Funktionen und insbesondere auch schweren Störungen des besonnenen Denkens und Handelns. Im allgemeinen wird dies begleitet von einer Persönlichkeitsveränderung bzw. einem Persönlichkeitsabbau. Im Abschnitt II.2.1 wird dies näher behandelt.

Im folgenden soll nun versucht werden, das von uns angewandte diagnostische Verfahren schrittweise darzustellen. Die einzelnen psychopathologischen Syndrome werden über das gemeinsame Kriterium der Leistungsstörung miteinander in Beziehung gebracht.

Das dann folgende Ordnungsprinzip ist der Schweregrad dieser Leistungsstörung. Hinter dem Terminus 'Leistungsstörung' stehen die beiden klinischen Begriffe 'Allgemeine Leistungsminderung' und 'Demenz'.

2.1 Schwere hirnorganische Leistungsstörungen - Demenzen

Zuerst sollen die schweren Leistungsstörungen, also Demenzen im eigentlichen Sinn, betrachtet werden. Diese Diagnose wurde bei 26 Patienten (41,9 %) gestellt, wovon neun Fälle mit und 17 Fälle ohne produktive psychotische Symptomatik einhergingen. Das Durchschnittsalter dieser Patienten betrug 69,9 Jahre, wobei drei Patienten im Alter von 56 Jahren und zwei Patienten im Alter von 57 Jahren waren.

In diese Gruppe fallen sowohl Patienten mit sehr schweren körperlichen Grunderkrankungen wie wiederholten apoplektischen Insulten oder jahrelanger, extremer Hypertonie als auch Patienten meist höheren Alters, die infolge ihrer nachlassenden geistigen Fähigkeiten durch Tabletteneinnahmefehler oder Diätfehler in einen exsikkierten oder kachektischen Zustand geraten waren. Ferner sind auch Patienten darunter, deren Familie nun den hohen pflegerischen Anforderungen nicht mehr gewachsen war oder nachkommen konnte.

Die meisten Patienten dieser Gruppe hatten bereits seit Jahren in ihren Gedächtnisleistungen, in ihren intellektuellen Fähig-

keiten und in der Steuerbarkeit ihrer Affekte nachgelassen, so daß zumindest den Angehörigen eine Wesensänderung oder ein Persönlichkeitsabbau aufgefallen war. Es fanden sich bei diesen Patienten schwere Merkfähigkeitsstörungen in allen 26 Fällen, Altgedächtnisstörungen in 14 Fällen, mittelgradige bis schwerste Orientierungsstörungen in 18 Fällen, Verlangsamung im Denken in 12 Fällen, starke Perseverationstendenzen und teilweise iterative Wiederholungen in sieben Fällen, depressive Verstimmung in 14 Fällen, erhebliche Affektinkontinenz in sieben und Affektlabilität in fünf Fällen (siehe Abbildung 5).

Für die Diagnosestellung ist es allerdings auch bei diesen schweren psychopathologischen Symptomen entscheidend, den Verlauf der organischen wie der psychischen Krankheit miteinzubeziehen. Dabei geht es vor allem darum, schwere depressive Zustände und akute exogene Reaktionen auszuschließen.

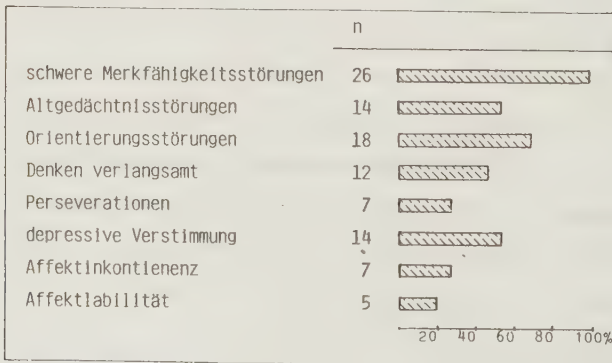


Abb. 5: Symptome bei schweren hirnorganischen Leistungsstörungen
(n = 26)

2.1.1 Demenzen mit psychotischer Symptomatik

Die Demenzen, bei denen es unter der Behandlung zu einem psychotischen Bild kommt, machen in einem nichtpsychiatrischen Krankenhaus große Probleme. Bei den neun Patienten in dieser Gruppe führte dies dazu, daß der Psychiater schnell hinzugezogen wurde. In vielen Fällen ist der psychotische Zustand mit der entsprechenden symptomatischen Therapie gut zu durchbrechen. Der Weg zu Diagnose und daraus folgender Therapie soll an den folgenden Kasuistiken verdeutlicht werden.

Fallbeispiel 5:

Der 65-jährige Patient, von Beruf Arzt, wird im Laufe seiner vielen und langen Klinikaufenthalte dreimal im Psychiatrischen Konsiliarbereich untersucht. 1980 kommt er zur Beratung wegen Schlaf- und Schmerzmittelabusus, 1981 wird er zweimal wegen akuten Verwirrtheitszustandes untersucht. Er leidet an einer terminalen Niereninsuffizienz und wird seit sieben Jahren dialysiert. Ferner besteht seit etwa 12 Jahren ein Bluthochdruck mit systolischen Spitzenwerten um 200 mmHg, seit Jahren treten auch Schwindelzustände bei beidseitiger hochgradiger Carotisstenose auf. Ebenfalls seit Jahren toleriert der Patient Serumkreatininwerte zwischen 10 und 15 mg/100 ml, die Verwirrtheitszustände treten jedoch unabhängig vom Serumkreatininspiegel auf.

Im Mittelpunkt der psychiatrischen Beratung 1980 steht der übermäßige Schlafmittelgebrauch, der vor 15 Jahren begonnen wurde. Hierüber ist es zu Differenzen mit der Frau des Patienten gekommen, ansonsten sei die Beziehung harmonisch. Da der Patient keine Einsicht in die Toxizität der Medikamenteneinnahme zeigt, ist er nicht zu einem Entwöhnungsversuch zu motivieren. Es treten bereits zu dieser Zeit oft Schwindelattacken und seltener Verwirrheitszustände auf. Bei den häufigen Klinikaufenthalten im Rahmen der Dialysebehandlung kommt es immer wieder zu Auseinandersetzungen mit dem Pflegepersonal.

Kontinuierlich verstärkt sich diese Symptomatik. Bei der erneuten psychiatrischen Untersuchung ein Jahr später ist der Patient nur unscharf orientiert. Im akuten Verwirrheitszustand ist er zeitlich und zur Person desorientiert, spricht vom Sterben und möchte in ein Auto laufen. Er zeigt Personenverkennungen, ist motorisch unruhig, aggressiv und zeigt keine Krankheitseinsicht.

Unter der Therapie mit Haloperidol und Prothipendyl ist er bald darauf nur noch zeitlich unscharf orientiert, in der Stimmung leicht dysphorisch, nicht mehr aggressiv. In den Denkfunktionen ist er deutlich verlangsamt. Auch die Aufmerksamkeit ist sehr erschwert, hinzu kommt eine lallende, verwaschene Sprache.

Bei dieser schweren, progredienten Enzephalopathie ist es zur Demenz gekommen. Bei der Ausprägung des organischen Psychosyndroms spielen wohl metabolische, vaskuläre und toxische Faktoren eine

Rolle: Die dauernde Intoxikation mit harnpflichtigen Substanzen, die Sauerstoff-Mangelversorgung aufgrund der renalen Anämie, die durch die Stenosierung der Carotiden bedingte Minderdurchblutung des Gehirns und die Wirkung der langjährig eingenommenen Barbiturate.

Fallbeispiel 6:

Die 63-jährige Patientin wird in der Medizinischen Klinik behandelt. Sie hatte vor zwei Monaten einen Kleinhirninfrakt erlitten, der computertomographisch gesichert wurde. Von einem auswärtigen Krankenhaus wurde sie zur weiteren Diagnostik in das Klinikum Großhadern verlegt.

Seit Jahren besteht eine arterielle Hypertonie, hier werden maximale Blutdruckwerte von 230/110 mmHg registriert. Unter Digitalisierung, Betablockern und Diuretika liegen die Blutdruckwerte jetzt zwischen 145/70 mmHg und 185/90 mmHg.

Bereits früher war die Patientin durch ein ausgeprägtes organisches Psychosyndrom mit zeitlicher Desorientiertheit und amnestischen Störungen aufgefallen. Diese Symptomatik war im Rahmen einer zerebro-vaskulären Insuffizienz bei langjähriger Hypertonie interpretiert worden. Nach dem Infarkt ereignis fällt nun neben der neurologischen eine immer wieder auftretende paranoid-halluzinatorische Symptomatik auf: Die Patientin glaubt, ihr Ehemann liege im Bett nebenan, zusammen mit der Haushälterin. Die psychiatrische Untersuchung wird mit der Bitte nach einem

Therapievorschlag angefordert. Bei der Untersuchung ist die altersentsprechend wirkende Patientin bewußtseinsklar. Sie ist situativ und zur Person orientiert, jedoch zeitlich und örtlich desorientiert. Es besteht eine ausgeprägte Störung der Konzentrationsfähigkeit und der Merkfähigkeit; eine kurz vorher durchgeführte Untersuchung ist der Patientin nicht mehr rememberlich. Eine Anamnese ist von ihr nicht zu erheben.

Im Gedankengang wirkt die Patientin umständlich, sie perseveriert häufig. Inhaltliche Denkstörungen oder Sinnestäuschungen sind zum Untersuchungszeitpunkt nicht zu erheben, sind der Patientin auch nicht rememberlich. Affektiv wirkt die Patientin leicht depressiv verstimmt, es fällt dabei eine deutliche Affektinkontinenz auf.

In der neurologischen Untersuchung bestehen eine, vor allem linksseitige, Dysdiadochokinese, Koordinationsstörungen beim Finger-Nase-Versuch und beim Knie-Hacken-Versuch, sowie eine Gangataxie mit Fallneigung nach links. Die Muskeleigenreflexe sind seitengleich auslösbar, der TSR ist beidseits negativ. Das kraniale Computertomogramm zeigt, der neurologischen Symptomatik entsprechend, ein circa 2 x 2 cm großes hypodenses Areal in der linken Kleinhirnhemisphäre und Zeichen der Hirnatrophie, sowie eine regelrechte Darstellung der Mittelstrukturen. Bis auf eine Repolarisationsstörung im EKG sind die Untersuchungsbefunde von Herz und Lungen unauffällig. Eine eingeschränkte Glukose-

toleranz, nachgewiesen im Glukose-Belastungstest mit Werten bis 300 mg/100 ml, ist mit einer Diät von 16 BE gut einstellbar.

Im Verlauf von fünf Wochen bringen intensive krankengymnastische Übungen sowie die Ergotherapie einige Fortschritte, insbesondere, was die Gehfähigkeit der Patientin sowie ihre Selbständigkeit in den täglichen Verrichtungen wie Waschen und Ankleiden angeht. Die zunächst häufigen paranoid-halluzinatorischen Erlebnisse und die starke Affektinkontinenz der Patientin bessern sich im Laufe des stationären Aufenthaltes.

Bei der Patientin liegt eine schwere dauernde Leistungsstörung vom Grade einer Demenz vor. Diese ist im Rahmen einer zerebrovaskulären Insuffizienz bei langjähriger Hypertonie und bei Zustand nach Kleinhirninfrakt zu sehen. Ganz im Vordergrund stehen die Störungen von Orientierung und Gedächtnis, die offensichtlich bereits vor dem jetzigen Infarkt ereignis bestanden hatten.

Die paranoid-halluzinatorische Symptomatik trat nur intermittierend auf. Eine Dauertherapie mit einem Neuroleptikum erschien deshalb nicht notwendig, es wurden bei Auftreten von Unruhe im Rahmen paranoid-halluzinatorischer Erlebnisse kurzfristige Gaben von Haloperidol in niedriger Dosierung (1 - 2 mg) empfohlen.

2.1.2 Demenzen ohne psychotische Symptomatik

Bei den 17 Demenzen ohne psychotische Symptomatik erfolgte die psychiatrische Untersuchung weniger wegen diagnostischer Probleme, sondern mehr mit der Frage nach therapeutischen Möglichkeiten. Im Vordergrund standen Fragen nach der Pharmakotherapie etwa bei Schlafstörungen und Unruhezuständen; oft benötigte der behandelnde Arzt auch Unterstützung für die sozialtherapeutische Beratung. In diesem Zusammenhang sollte häufig zu der Frage Stellung genommen werden, ob es verantwortet werden könne, den Patienten noch in seinem häuslichen Milieu zu belassen oder ob eine Heimunterbringung erforderlich sei.

Auch zur Beantwortung dieser Problematik ist die genaue Kenntnis des bisherigen Verlaufs nötig; dies soll mit den folgenden Kasuistiken gezeigt werden.

Fallbeispiel 7:

Die 63-jährige Patientin wird in der Medizinischen Klinik wegen einer Digitalisintoxikation mit Übelkeit, Durchfall und Verstopfung behandelt. Vor sechs Jahren war ihr eine künstliche Herzklappe bei kombiniertem Mitralvitium implantiert worden. Ferner leidet die Patientin sehr unter Rückenschmerzen, wodurch sie in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt ist. Die psychiatrische Konsiliaruntersuchung erfolgte wegen einer depressiven Verstimmung.

Bei der psychiatrischen Untersuchung ist der Kontakt zur mimik-armen Patientin deutlich eingeschränkt. Sie klagt über ihre Traurigkeit - es habe in letzter Zeit so viele Todesfälle gegeben -, über ihre nachlassende Merkfähigkeit und über Schlafstörungen. Bei der Schilderung ihrer Biographie kann sie nicht mehr die Namen ihrer neun Geschwister aufzählen. Es gelingt ihr zwar, das Alter ihrer beiden Kinder anzugeben, jedoch weiß sie das jeweilige Geburtsjahr nicht mehr, kann es auch nicht ausrechnen. Sie weiß nicht mehr, wann die Herz-Operation stattgefunden hat, kann sich nur noch erinnern, daß sie damals sehr tapfer gewesen sei. Die momentane Jahreszahl kann sie auch mit Hilfestellung nicht angeben. Zu diesen Schwierigkeiten meint sie, dies sei nicht so verwunderlich, da sie schon lange nicht mehr auf den Kalender geschaut habe. Außerdem sei ihr Leben durch ihre zerbrochene Brille sehr erschwert. Die örtliche Orientierung ist mit Hilfestellung möglich, der Patientin ist jedoch nicht so recht klar, warum ihr Ehemann sie hierher ins Klinikum gebracht habe. Bei diesen Schwierigkeiten der Patientin dürfte auch ihre starke Verlangsamung eine verstärkende Rolle spielen.

Sie wirkt insgesamt depressiv verstimmt, zeigt Affektinkontinenz, Antriebsminderung, starke Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Ferner besteht eine ausgeprägte Rechenstörung und eine Beeinträchtigung von Frisch- und Altgedächtnis. Gegen die depressive Verstimmung erhält die Patientin Dibenzepin, 2 x 40 mg täglich.

Es liegt hier eine Demenz ohne psychotische Inhalte oder Wahninhalte vor. Therapeutisch müßte nun zusätzlich versucht werden, die noch verbliebenen Fähigkeiten zu trainieren, damit diese möglichst lange erhalten bleiben.

Es ist schwer, eine Aussage über die Pathogenese der Demenz zu machen. Zwar kann im Zusammenhang mit der Herz-Operation eine Schädigung des Gehirns entstanden sein, jedoch muß eher an eine senile Demenz gedacht werden, da die Patientin ein Jahr nach der Operation bei einem Krankenhausaufenthalt keinerlei Auffälligkeiten zeigte.

Fallbeispiel 8:

Der 57-jährige Patient, von Beruf Geschäftsmann, wird in der Medizinischen Klinik behandelt. Die psychiatrische Konsiliaruntersuchung erfolgt wegen der Frage nach seiner Geschäftsfähigkeit. Der Patient liegt wegen eines linkshirnigen apoplektischen Insultes mit Hemiparese rechts im Klinikum.

Bei dem Patienten ist seit Jahren ein, auf seinen Wunsch bisher nicht behandelter, Bluthochdruck mit Werten um 220/100 mmHg bekannt. In den letzten Jahren waren bereits mehrmals kurzfristige Hemiparesen und Sprachstörungen aufgetreten. Im kranialen Computertomogramm lassen sich multiple, teilweise alte Herde darstellen.

Nach Angaben der Angehörigen sei der Patient seit etwa drei Jahren zunehmend reizbar und aggressiv geworden und habe sich im Wesen verändert. Seine Ehefrau hatte deshalb bereits die Scheidung eingereicht. Durch die Erkrankung ist er auch mit seinem Geschäft in erhebliche finanzielle Schwierigkeiten geraten. Der etwas vorgealtert wirkende Patient ist bei der psychiatrischen Untersuchung bis auf eine zeitliche Unschärfe voll orientiert. Unter seiner Dysarthrie leidet er deutlich, das Sprachverständnis scheint nicht beeinträchtigt, er ist in der Gesprächssituation sehr aufmerksam. Besonders bei emotional belastenden Themen fällt seine ausgeprägte Affektlabilität auf. Ferner besteht eine depressive Stimmungslage.

Von neurologischer Seite wird eine Hemiparese rechts und zusätzlich zum apoplektischen Insult eine Pseudobulbär-Paralyse diagnostiziert.

Das organische Psychosyndrom und der beginnende demente Prozeß äußern sich vor allem in einer Beeinträchtigung der affektiven Steuerbarkeit. Hinzu kommt wohl noch ein reaktiv depressiver Anteil, doch spricht insgesamt die Anamnese für einen deutlich progredienten Verlauf.

2.2 Leichte bis mittelgradige hirnorganische Leistungsstörungen

Wesentlich größere diagnostische Probleme bereiten jedoch die leichten bis mittelgradigen hirnorganischen Leistungsstörungen. Bei 24 der untersuchten Patienten (38,7 %) wurde diese Diagnose gestellt, die noch in zwei Untergruppen aufgeteilt werden kann. Das Durchschnittsalter dieser Patienten betrug 59,3 Jahre.

Bei diesen Patienten waren sowohl akut erstmals aufgetretene somatische Erkrankungen als auch seit Jahren bestehende chronische organische Krankheiten die Gründe für die Aufnahme ins Klinikum Großhadern. Teilweise bestand die psychische Symptomatik erst seit kurzer Zeit, teilweise zeigte sie aber auch einen schon längeren Verlauf. Immer jedoch war sie wesentlich diskreter als in der Gruppe der schweren hirnorganischen Leistungsstörungen, die Patienten kamen im allgemeinen mit den täglichen Anforderungen gut zurecht. Die meisten hatten jedoch selbst das Gefühl, daß irgend etwas mit ihnen nicht in Ordnung sei, und daß ihre Leistungsfähigkeit nachgelassen habe. Die häufigsten Symptome waren neben der Leistungsminderung mit und ohne Intelligenzstörung folgende unspezifische psychopathologische Symptome: Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen in allen 24 Fällen, depressive Verstimmung in 14 Fällen, Weinerlichkeit in acht Fällen, Verlangsamung im Denken in sieben Fällen. Wort-

findungsstörungen und leichte Sprachstörungen in sechs Fällen, und ebenfalls in sechs Fällen erhebliche Schlafstörungen (siehe Abbildung 6). Diese unspezifischen Symptome finden sich jedoch auch bei im Denken und in der Motorik gehemmten depressiven Patienten, wie sie im Kapitel II.1 beschrieben wurden. Wenn nun bei solchen Patienten zusätzlich eine Gefäßkrankheit besteht, so ist die Versuchung groß, die psychische Symptomatik als organisch bedingt aufzufassen. Es wurde dies hier jedoch nur getan, wenn aus dem Verlauf zusätzliche Gesichtspunkte hinzukamen, die die Annahme der organischen Bedingtheit stützten.

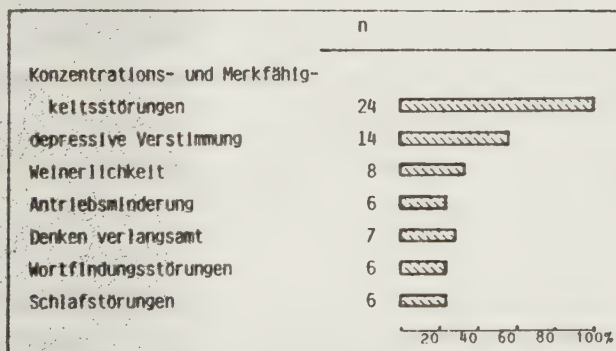


Abb. 6: Symptome bei leichten bis mittelgradigen hirnororganischen Leistungsstörungen (n = 24).

2.2.1 Patienten mit dauernden Leistungsstörungen

Die Symptome Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, depressive Verstimmung, Weinerlichkeit und Verlangsamung im Denken finden sich in der Gruppe mit schon länger bestehenden, meist mittelgradigen Leistungsstörungen noch relativ deutlich. Zusätzlich beinhalten diese mittelgradigen, länger bestehenden Leistungsstörungen eine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen und werden von uncharakteristischen affektiven, neurasthenischen oder paranoiden Syndromen oder von der Symptomatik eines akuten exogenen Reaktionstypus nach Bonhoeffer begleitet.

In dieser Gruppe von 11 Patienten mit mittelgradigen Leistungsstörungen handelt es sich häufig um Vorstadien von Demenzen verschiedenen Schweregrades. Unter der Therapie zeigen jedoch viele Patienten eine wesentliche Besserung, so daß die Diagnosestellung eines 'dementen Vorstadiums' mit zu negativen Folgen belastet wäre. Viele Ärzte und Therapeuten würden dann eine Therapie für sinnlos halten, die sozialen Konsequenzen für den Patienten wären oft untragbar. Und schließlich reichen weder der Schweregrad noch der bisherige Verlauf aus, um eindeutig eine Demenz zu prognostizieren.

2.2.1.1 Dauernde Leistungsstörungen mit psychotischer Symptomatik

Die akuten exogenen Psychosen mit dauernder Leistungsstörung, hier eine Gruppe von fünf Fällen, bereiten im nichtpsychiatrischen Krankenhaus Probleme, sind aber gut zu therapieren. Hierzu sollen folgende Kasuistiken gebracht werden:

Fallbeispiel 9:

Der 64-jährige Patient, von Beruf freischaffender Kunstmaler, befindet sich wegen einer dekompensierten chronisch-obstruktiven Emphysebronchitis in der Medizinischen Klinik. Während er normalerweise an einen Sauerstoffsättigungsgrad von 65 % gewöhnt ist, besteht nun seit ca. vier Tagen nur eine Sättigung von etwa 34 %. Gleichzeitig mit dieser hypoxämischen Situation kommt es zu akustischen und optischen Halluzinationen, szenenhaften Erlebnissen und wahnhaften Situationsverkennungen, die intermittierend am Tag oder nachts auftreten, und die er z.T. angstvoll erlebt.

Er wird von der Stimme einer Frau, die er früher sehr attraktiv gefunden hatte, aufgefordert, die Wohnung zu verlassen. Gleichzeitig hört er, wie die Möbelpacker untereinander sprechen, die Möbel packen und wegrücken. Auch sieht er einmal auf einem Stuhl eine sehr schöne Gestalt - ein lockiger Jüngling oder eine junge Frau - im Gegenlicht sitzen. Diese Erlebnisse sind real

für ihn und unterscheiden sich von Träumen. Er ist dabei in der Lage, die Telefonnummer seiner Frau zu wählen, die ihn dann beruhigt.

Bei der psychiatrischen Untersuchung stehen im Vordergrund jedoch Hirnleistungsstörungen. Bei relativ gutem Altgedächtnis ist das Frischgedächtnis beeinträchtigt, es bestehen eine ausgeprägte Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung sowie eine deutliche Rechenschwäche. Zusammenhängend, ohne den Faden zu verlieren und ohne in den Angaben weitschweifig zu sein, berichtet er bei der ersten Untersuchung über die oben angeführten szenenhaften Erlebnisse und über die, schon seit Jahren bestehende, depressive Verstimmung und Eheproblematik. Er habe in den letzten Jahren viel Wein getrunken und sehr unkontrolliert Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen. In letzter Zeit könne er sich nichts mehr merken, könne sich nicht mehr konzentrieren, und es kämen ihm häufig die Tränen.

Nach einer nochmaligen schweren Krise der Emphysebronchitis, während der er längere Zeit beatmet werden muß, stellt der Patient sich nochmals im Psychiatrischen Konsiliarbereich vor. Er wirkt nach wie vor depressiv verstimmt, nun jedoch schwunglos und resigniert und voller Zukunftsängste. Die gesamte Leistungsfähigkeit, seine Kreativität und insbesondere die Merkfähigkeit sind noch weiter beeinträchtigt, und er äußert große Angst vor möglichen Veränderungen. Unter der Therapie mit Imipramin bessert sich das depressive Beschwerdebild deutlich.

Die delirante Symptomatik war wohl aus dem Zusammentreffen einer eingeschränkten zerebralen Sauerstoffversorgung mit einem Alkohol- und Medikamentenentzug entstanden. Gleichzeitig aber legen die allgemeinen Hirnleistungsstörungen und die Affektinkontinenz den Verdacht nahe, daß das Gehirn, eventuell durch die genannten Noxen, bereits vorgeschädigt ist. Die depressive Symptomatik hingegen ist vor allem im Zusammenhang mit der schon lange bestehenden Eheproblematik zu sehen.

Fallbeispiel 10:

Die 80-jährige Patientin, von Beruf Ärztin, ist wegen Herzinsuffizienz und wegen starker Kreuzschmerzen in der Medizinischen Klinik in Behandlung. Subjektiv fühlt sie sich hauptsächlich aufgrund der Kreuzschmerzen krank, die auf osteoporotischen und degenerativen Wirbelveränderungen beruhen, und unter denen sie seit Jahren leidet. Gegen die Kreuzschmerzen nimmt sie vier Schmerztabletten am Tag, wenn die Schmerzen sehr stark werden, nimmt sie auch Einzeldosen von Opium concentratum oder Tilidin. Krankengymnastische Übungen brachten ihr eher eine Verschlechterung der Beschwerden.

Bei der ersten psychiatrischen Untersuchung, deren Grund ihre auffallende depressive Verstimmung war, ist die Patientin zugewandt, klagt jedoch anfangs über starke Rückenschmerzen und befürchtet, das Gespräch kaum durchhalten zu können. Sie führt dieses dann über eine Stunde lang, ohne weiter über

Schmerzen zu klagen. Den Abschluß des Gesprächs versucht sie hinauszuzögern, indem sie intensiv über ihre Rückenschmerzen spricht.

Während des Gesprächs erzählt die Patientin, daß sie bis vor zwei Jahren noch unternehmungslustig gewesen sei, jetzt aber aufgrund der Schmerzen nichts mehr unternehmen könne. So fühle sie sich z.B. nicht mehr in der Lage, ihre Freunde aus der Katholischen Jugendbewegung an die Adria zu begleiten. Sie leide sehr unter der Einsamkeit. Sobald sie Besuch und Anregungen habe, gehe es ihr gut. Die meiste Zeit sei sie jedoch alleine, und sie fühle sich dann sehr traurig. Bis vor sechs Jahren habe sie mit der Tochter und deren Familie im selben Haus gewohnt. Im Zusammenhang mit einer Eheproblematik der Tochter sei sie dann in ein Wohnstift gezogen. Hier fühle sie sich sehr einsam und habe sich sehr isoliert, nachdem sie vor vier Jahren nicht in den Stiftsbeirat gewählt worden sei. Die Tochter besuche sie zwar regelmäßig, lehne es aber ab, sie mit auf ihre Reisen zu nehmen, was die Patientin ganz unverständlich findet, da sie doch die Mutter sei.

Die Patientin zeigt deutliche formale Denkstörungen. Sie erzählt sehr weitschweifig und detailliert, ist leicht ideenflüchtig, der Gesprächsfaden reißt immer wieder ab. Sie zeigt ferner eine deutliche Vergeßlichkeit und Merkfähigkeitsstörung, vor allem des Frischgedächtnisses.

Die depressiv-hypochondrische Symptomatik ist als Reaktion auf die Einsamkeit anzusehen, wird jedoch durch das leichte, diffuse organische Psychosyndrom verstärkt.

Da hypochondrische Beschwerden meist medikamentös schwer zu beeinflussen sind, sich aber die Kombination eines Neuroleptikums mit einem Antidepressivum häufig etwas positiv auswirkt, wurde eine Therapie mit Haloperidol, 4 x 2 mg, und Dibenzepin, 1 x 40 mg täglich, vorgeschlagen. Am Tag nach Einleitung dieser Therapie ist die Patientin bei einer erneuten psychiatrischen Untersuchung seit Stunden verwirrt. Sie will ihre Koffer packen und nach England reisen, wo ihr Sohn lebt. Es gelingt kaum, sie vom Verlassen der Klinik abzuhalten. Auch am nächsten Nachmittag ist die Patientin wieder für einige Stunden verwirrt. Es stellt sich die Frage, ob die Verwirrtheit durch das Dibenzepin hervorgerufen ist. Daraufhin werden alle Medikamente bis auf das Haloperidol abgesetzt. In der Folgezeit treten keine Verwirrheitszustände mehr auf.

Es soll mit diesem Beispiel gezeigt werden, wie leicht ein bereits vorgeschädigtes Gehirn auf Medikamente in geringen Dosen mit Verwirrheitszuständen reagieren kann.

In den aufgeführten Fällen besteht wohl kein Zweifel daran, daß die Störungen der intellektuellen Funktionen und die akute psychotische Symptomatik organisch bedingt sind. Wir zögern aber,

hier von einer Demenz zu sprechen und haben uns auf den Ausdruck 'Vorstadium einer Demenz' bzw. 'dauernde mittelgradige Leistungsstörung mit psychotischer Symptomatik' zurückgezogen. Den Ausdruck 'reversible Demenz' (Lipowski, 1975) halten wir wegen der dauernden Leistungsstörung nicht für angebracht, da ja lediglich die akute psychotische Symptomatik reversibel und wechselnd war.

2.2.1.2 Dauernde Leistungsstörungen ohne psychotische Symptomatik

Wie auch in der vorangegangenen Gruppe sollen nun noch aus der Gruppe der sechs Patienten mit dauernder Leistungsstörung ohne psychotische Symptomatik an zwei Kasuistiken die diagnostischen Probleme aufgezeigt werden.

Fallbeispiel 11:

Der 69-jährige Rosenzüchter wird in der Medizinischen Klinik wegen unklarer Schmerzen in Abdomen und Thorax behandelt. Die psychiatrische Untersuchung erfolgt mit der Frage nach einem möglichen Zusammenhang der Schmerzen mit depressiver Verstimmung. In den letzten zehn Jahren hat der Patient neun apoplektische Insulte mit wechselnden Hemiparesen, zunehmender Dysarthrie (skandierendes Sprechen) erlitten. Seit zehn Jahren ist ein Bluthochdruck bekannt. Vor fünf Jahren wurde wegen Sinusbradykardie und paroxysmalen Tachykardien bei Vorhofflimmern ein Herzschritt-

macher implantiert. Ferner legte die gesamte Anamnese den Verdacht auf eine Neurolues nahe, doch konnte diese ausgeschlossen werden. Wegen depressiver Verstimmung im Anschluß an die Operation vor fünf Jahren war der Patient damals bereits in psychiatrischer Behandlung gewesen. Dort wurde die psychische Symptomatik vor allem als Reaktion auf das somatische Leiden gesehen, jedoch waren auch hirnorganische Faktoren beteiligt.

Bei der jetzigen psychiatrischen Untersuchung schildert der vor-gealtert wirkende Patient gewisse häusliche Spannungen, die mit seiner Erkrankung und dem Verhalten seiner Söhne, die sich zu wenig um ihn kümmerten, zusammenhängen. Er wirkt in der Grundstimmung depressiv, zeigt einen ratlos-ängstlichen Gesichtsausdruck, und es fällt eine deutliche Affektinkontinenz auf. Die intellektuellen Funktionen erscheinen beeinträchtigt, ebenso wie die stark geminderte Konzentrationsfähigkeit und die Merkfähigkeit. Bei der neurologischen Untersuchung finden sich Anzeichen einer zerebellären sowie pontinen Störung.

Unter antidepressiver Medikation mit Dibenzepin, 2 x 40 mg täglich, bessert sich die depressive Stimmungslage etwas. Da eine Krankenschwester Spaziergänge mit ihm unternehmen kann, gelingt es auch, den Patienten ein wenig zu reaktivieren.

Hier spielen wohl ebenso die hirnorganische Leistungsminderung als auch die Reaktion auf die körperliche Behinderung wie die damit verbundene Familienproblematik eine Rolle bei der Gestaltung des psychischen Krankheitsbildes.

Fallbeispiel 12:

Bei der 43-jährigen Büroangestellten fällt im November in der Medizinischen Klinik Distanzlosigkeit, ausgeprägte Dysphorie und Verlangsamung auf. Anfang August war sie mit akuten Hirndruckzeichen in Form von Sehstörungen, Stauungspapille, beginnendem Meningismus, Übelkeit und Bewußtseinsstörungen bis hin zum Koma in die Neurologische Klinik eingewiesen worden. Im kranialen Computertomogramm fanden sich damals im Bereich der rechten Capsula interna zwei hypodense Areale, ebenso im Bereich des Hirnstamms. Unter der Diagnose "Hirnorganisches Psychosyndrom bei Verdacht auf abgelaufene Hirnembolien" wurde die Patientin zur weiteren Abklärung und wegen anhaltender Hypertonie von der Medizinischen Klinik übernommen. Erstmals waren die hypertensiven Blutdruckwerte Anfang des Jahres mit Werten um 220/125 mmHg festgestellt worden. Bei einem später durchgeführten Carotisangiogramm fand sich eine Einengung rechts, zwei Zentimeter proximal des Carotissyphons. Das EEG wies pathologische Allgemeinveränderungen auf, die am ehesten einer zerebrovaskulären Insuffizienz zuzuordnen sind. Der Verdacht auf eine Neurolues bestätigte sich nicht. Ferner fiel eine beginnende Niereninsuffizienz auf, so daß, verbunden mit der unauffälligen kardialen Diagnostik, differentialdiagnostisch eine hypertensive Enzephalopathie mit Gefäßverschlüssen aufgrund einer Arteriosklerose diskutiert

wird. Dazu passend fanden sich arterio-arteriolosklerotische Gefäßveränderungen bei der histologischen Untersuchung einer Nierenbiopsie.

Die Patientin selbst bemerkte seit Anfang August eine "Verlangsamung und Schwäche im Denken", oft fielen ihr bestimmte Wörter nicht mehr ein, sie habe an Antrieb und Lebenslust verloren.

Ihre früheren Interessen wie Sticken, Malen und Klavierspielen habe sie total vernachlässigt, sie habe sich nicht mehr dazu aufraffen können. Auch die alltäglichen Verrichtungen im Haushalt und in der Körperpflege hätten sie eine ungeheure Überwindung gekostet.

In den wiederholten psychiatrischen Explorationen wirkt die Patientin meist depressiv, mutlos und beängstigt. Zwischendurch scheint sie zwar leicht hypomanisch und unbesorgt hinsichtlich ihrer Erkrankung, meint, sie sei hier in besten Händen, fällt dabei aber durch eine unpassend vulgäre Ausdrucksweise auf. Durchgehend zu beobachten sind Wortfindungsstörungen, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, die bei Prüfung objektiviert werden können. Die Orientierung und die Bewußtseinslage sind unauffällig. Von psychiatrischer Seite ergeben sich vorerst keine therapeutischen Konsequenzen.

Erst im weiteren Verlauf der Erkrankung wird sich zeigen, ob bei diesem hirnnorganischen Psychosyndrom mit mittelgradiger, länger bestehender Leistungsstörung eine deutliche Besserung möglich

ist. Nicht zuletzt wird dies auch ganz wesentlich davon abhängen, ob es gelingt, die stark erhöhten Blutdruckwerte unter Kontrolle zu bringen.

2.2.2 Patienten mit vorübergehenden Leistungsstörungen

Zuletzt sollen die Patienten mit kurzfristig aufgetretenen leichten Leistungsstörungen ohne oder mit nur minimaler Einschränkung der intellektuellen Funktionen betrachtet werden.

2.2.2.1 Vorübergehende Leistungsstörungen mit psychotischer Symptomatik

Bei sechs Patienten erfolgte die psychiatrische Untersuchung wegen einer akut psychotischen Symptomatik im Rahmen eines exogenen Reaktionstypus nach Bonhoeffer. Es handelte sich dabei um Delirien und Verwirrtheitszustände. Die beiden folgenden Kasuistiken sollen als Beispiele dafür angeführt werden.

Fallbeispiel 13:

Die 49-jährige Säuglingsschwester befindet sich in der Neurologischen Klinik in stationärer Behandlung. Es stellt sich nun die Frage nach einem möglichen Alkohol- oder Medikamentenabusus. Die

Patientin war wegen einer deliranten Symptomatik mit fraglichen Grand-Mal-Anfällen auf der Intensivstation behandelt worden. Nach einer Amaurosis fugax vor drei Jahren wurde ein Verschuß der Arteria carotis links festgestellt und eine Bypass-Operation durchgeführt. In der Folgezeit trat eine zunehmende Claudicatio intermittens auf mit einer Gehstrecke von zuletzt nur 20 Metern, weshalb vor einem Jahr ein aortofemoraler Bypass links gelegt wurde. Seit dieser Zeit treten intermittierend starke Konzentrationsstörungen auf, die verbunden sind mit Gedächtnisstörungen, Rechenstörungen und Rechtschreibstörungen. Zusätzlich ereigneten sich seither einige Grand-Mal-Anfälle.

Bei der psychiatrischen Untersuchung fällt bei der Patientin lediglich eine leichte Konzentrationsschwäche auf, zu komplizierten Rechenaufgaben (z.B. 13×14) braucht sie sehr lange. Affektiv wirkt die Patientin ausgeglichen. Sie schildert die Phasen von Konzentrations-, Rechen- und Rechtschreibstörungen, die so stark auftreten, daß sie beim Lesen den Sinn der Worte nicht mehr richtig verstehen könne. Diese Beschwerden treten vor allem bei körperlicher Belastung auf und halten einige Minuten an. Bis auf eine weiterbestehende deutliche Konzentrationsschwäche sei sie dann wieder völlig in Ordnung.

An den letzten Anfall, der zur Aufnahme in die Intensivstation geführt hatte, kann sie sich nicht mehr erinnern. Ihr ist lediglich noch ein delirantes, szenenhaftes Erlebnis bewußt: Tausende von kleinen Männern in einem Zimmer ohne Ausgang spritzen mit Feuerwehrschräuchen Wasser in ihren Mund, so daß sie ersticken

muß. Die Patientin verneint glaubhaft einen Medikamenten- oder Alkoholmißbrauch und berichtet über ihre Probleme, ihren früher sehr erheblichen Zigarettenkonsum jetzt ganz einzustellen. Es wird somit kein Anhalt dafür gesehen, daß die jetzige delirante Symptomatik auf dem Boden eines Entzuges entstanden war, sie ist vielmehr für eine Verwirrtheit nach einem epileptischen Anfall zu halten. Eine psychopharmakologische Therapie war nicht erforderlich.

Fallbeispiel 14:

Der 79-jährige Patient wird in der Medizinischen Klinik behandelt. Wegen eines akuten Verwirrheitszustandes mit der Frage nach Therapiemöglichkeiten wird die psychiatrische Untersuchung erforderlich.

In geistig regem Zustand war der an schwerer hydropischer Herzinsuffizienz leidende Patient stationär aufgenommen worden. Unter einer intensiven entwässernden Therapie mit Digitalis und Diuretika konnten zwar die Ödeme ausgeschwemmt werden, jedoch traten gleichzeitig paranoide Befürchtungen und eine akute Verwirrtheit auf.

Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung ist der Patient schläfrig, jedoch jederzeit erweckbar. Er spricht spontan, ist örtlich, zeitlich und situativ nicht orientiert. Der Gedankengang ist sprunghaft, inhaltlich bestehen paranoide Beeinträchtigungsideen. Halluzinationen sind nicht zu explorieren. In seiner

Stimmungslage ist der Patient gereizt und verbal aggressiv. Obwohl er in den sechs Stunden vor der Untersuchung 7,5 mg Haloperidol erhalten hatte, besteht noch eine deutliche motorische Unruhe. Vegetative Begleiterscheinungen wie Tremor oder vermehrte Schweißneigung sind nicht zu beobachten.

Es handelt sich um einen akuten Verwirrheitszustand mit motorischer Unruhe und paranoiden Befürchtungen. Dieses organische Psychosyndrom ist auf dem Boden einer zu starken entwässernden Therapie aufgetreten. Es wird eine Behandlung mit Haloperidol in der Dosierung von 4 x 2,5 mg und eine kontrollierte Flüssigkeitsbilanz empfohlen.

Innerhalb von wenigen Tagen bessert sich darunter sowohl das kardiale als auch das psychische Bild, so daß der Patient nach Hause entlassen werden kann.

2.2.2.2 Vorübergehende Leistungsstörungen ohne psychotische

Symptomatik

Bei sieben Patienten erfolgte die psychiatrische Untersuchung wegen neurasthenischer und depressiver Symptome, die von einer allgemeinen Leistungsminderung begleitet waren. Diese Patienten bereiteten diagnostisch die größten Schwierigkeiten. Die entscheidende Hilfestellung für die Beurteilung war auch hier wieder die genaue Verlaufsbeobachtung, und zwar sowohl der psychopathologischen Symptomatik als auch der somatischen Erkrankung.

Fallbeispiel 15:

Die 29-jährige Kinderkrankenschwester wird in der Neurologischen Klinik behandelt. Die psychiatrische Untersuchung findet wegen der Frage nach Suizidgefährdung und nach Therapieversuch bei einem depressiven Syndrom bei hirnnorganischem Prozeß statt. Vor zwei Monaten war die Patientin relativ plötzlich mit Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen erkrankt. Seither beschäftigt sie sich auch immer wieder mit Suizidgedanken, entwickelte jedoch nie konkrete Suizidpläne. Sie berichtet über ein gutes Verhältnis zum Ehemann, beklagt keine beruflichen oder familiären Probleme. Etwa eine Woche nach Beginn der depressiven Symptomatik war eine linksseitige Sensibilitätsstörung aufgetreten, beginnend an den Fingern. Schließlich war die gesamte linke Körperhälfte betroffen, was sogar zu Gangstörungen und Schwierigkeiten beim Hantieren mit dem Eßbesteck führte.

Im kranialen Computertomogramm fand sich anfangs eine Dichteminderung rechts temporal, später noch zusätzlich eine kleine dichtegeminderte Zone links frontal. Ätiologisch wurde weniger eine Raumforderung als in erster Linie ein ischämisches Geschehen bei Hyperkoagulabilität diskutiert. Dies konnte in einem zwei Monate später durchgeführten Computertomogramm nachgewiesen werden. Es findet sich kein Hinweis auf Einnahme von oralen Antikonzeptiva.

Die neurologische Untersuchung zeigt eine sensomotorische Hemiparese links mit Störung von Lage- und Bewegungsempfindung, Parästhesien und Hypästhesie sowie unsicheren und dysmetrischen Bewegungsabläufen der linken Extremitäten, aber keine pathologischen Reflexmuster.

In der psychiatrischen Untersuchung fallen die depressive Verstimmung und die deutlichen Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen der Patientin auf. Sie klagt über Grübelneigung und Antriebslosigkeit. Ihre Orientierung ist nicht gestört ebenso bestehen keine Gedächtnisstörungen.

Das antriebsgehemmt-depressive Syndrom ist im Rahmen des zerebralen Prozesses zu sehen. Es wird eine antidepressive Therapie mit Dibenzepin, 2 x 40 mg täglich, eingeleitet, die bereits nach fünf Tagen zu einem, von der Patientin selbst bemerkten, Rückgang der depressiven Verstimmung führt. Ferner wird für die Dauer der depressiven Symptomatik eine psychiatrische Betreuung dringend empfohlen.

Es liegt hier ein Beispiel dafür vor, wie eine organisch bedingte zerebrale Störung zuerst durch eine rein psychische Symptomatik in Erscheinung getreten ist. Erst eine Woche später kamen die neurologischen Auffälligkeiten hinzu, die dann den Verdacht auf einen hirnorganischen Prozeß lenkten. Zwar kann nun, im Verlauf der Krankheit, eine reaktive Komponente hinzugekommen sein, da sich die Patientin über die Schwere des Krankheitsbildes be-

wußt ist, aber am Anfang stand sicherlich ein symptomatisches depressives Syndrom.

Fallbeispiel 16:

Der 43-jährige Patient, von Beruf gelernter Autolackierer, wird in der Neurologischen Klinik untersucht und behandelt. Vor fünf Tagen hatte er am Arbeitsplatz plötzlich Schwindelzustände bekommen und bemerkt, daß er nur noch verschwommen sehen konnte. Darüber hinaus fiel ihm auf, daß er verschiedene, meist zusammengesetzte Wörter nicht richtig aussprechen konnte. Er habe genau gewußt, was er sagen wollte, das Wort jedoch nur verzerrt herausgebracht oder ein anderes Wort gebraucht. Die Sehstörungen waren so erheblich, daß er auf das Autofahren verzichtete. Die Symptomatik änderte sich bis zum nächsten Tag kaum. Der Patient wurde dann vom Hausarzt wegen der Sehstörung einer Augenärztin vorgestellt, die eine Hemianopsie diagnostizierte und die sofortige Einweisung in die Neurologische Klinik veranlaßte.

Hier erscheint er bei der Aufnahmeuntersuchung zeitlich desorientiert, er gibt an, es sei das Jahr 1961. Auch zur Situation erscheint er nur unscharf orientiert zu sein. Ferner bestehen Wortfindungsschwierigkeiten und Silbenstolpern. Seine Konzentrationsfähigkeit ist stark herabgesetzt, er ist schwerbesinnlich und allgemein verlangsamt. Ansonsten finden sich keine neurologischen Auffälligkeiten.

Zur Anamnese ist noch erwähnenswert, daß ein ähnlicher Zustand vor sechs Jahren bereits einmal aufgetreten war, der sich aber von selbst zurückbildete. Vor einem halben Jahr war es wiederholt zu Schwindelzuständen gekommen, die sich unter der Einnahme von Kreislauftropfen jedoch bessern ließen. Als Kind hatte der Patient eine Diphtherie durchgemacht, ansonsten sei er, bis auf gelegentliche Magenbeschwerden, immer gesund gewesen.

Der Grund für die psychiatrische Untersuchung ergibt sich, als der Patient an dem Wochenende, das der stationären Aufnahme vom Freitag folgte, eigenmächtig die Klinik verlassen hatte und mit dem Auto in den Heimatort gefahren war. Für die behandelnden Neurologen stellte sich deshalb die Frage nach der Notwendigkeit der Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

In der psychiatrischen Untersuchung schildert der Patient flüchtig seine Lebenssituation. Er sei unverheiratet, habe jedoch mehrere ledige Kinder. Er lebe relativ isoliert, habe nur wenig soziale Kontakte. Er trinke bis zu zehn Flaschen Bier am Tag, rauche jedoch nicht. Frühere psychische Auffälligkeiten sind nicht zu explorieren. Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung ist der Patient bewußtseinsklar, örtlich und situativ sicher orientiert, bei der Prüfung der zeitlichen Orientierung gibt er Wochentag und Monatsdatum richtig an, die Frage nach dem Jahr beantwortet er wieder mit 1961. Als er mit 1981 korrigiert wird, meint er, das wisse er, könne es nur nicht richtig sagen.

Kurz darauf antwortet er auf die Frage nach dem Jahr wieder mit 1961. Auch sonst fällt im Gespräch auf, daß der Patient manche, vor allem zusammengesetzte, Worte entstellt, wobei die Wortentstellungen bei Wiederholungen konstant bleiben. Die Fehler werden vom Patienten nur zum Teil registriert. Im übrigen ist der Patient sowohl in seinem Gedankengang wie auch in seinem Verhalten geordnet, es finden sich keine psychopathologischen Auffälligkeiten. Dem Patienten ist die Krankhaftigkeit seiner Sprachstörungen bewußt, er wünscht auch selbst eine weitere Untersuchung. Es wird deshalb keine Indikation und auch keine Rechtsgrundlage für die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung gesehen. Bei der unrichtigen Jahresangabe handelte es sich um eine Paraphasie im Rahmen einer sensomotorischen Teilaphasie.

Bei den stationären medizinischen Untersuchungen finden sich im kranialen Computertomogramm ein abgelaufener kleiner Posteriorinfarkt rechts, Zeichen eines diskreten rechtsbetonten rindenatrophischen Prozesses und der Verdacht auf einen Mediateilinfarkt links. Dieser kann in einem späteren kranialen Computertomogramm nicht nachgewiesen werden. Die Carotis- und Vertebralisangiographie zeigen deutliche Kaliberschwankungen, die Befunde sprechen für eine Angiopathie. Es findet sich auch ein Kinking der linken Arteria carotis interna extrakraniell. Der Herz- und Lungenbefund sind altersentsprechend und unauffällig.

Im Verlauf zeigt sich innerhalb von wenigen Tagen eine rasche, vollständige Rückbildung des hirnorganischen Psychosyndroms. Dies

ist wohl mit einer temporären Ischämie im Mediateilgebiet links im Sinne einer transienten ischämischen Attacke vereinbar, die sich nicht zu einem Infarkt ausweitete. Es ergeben sich bei dem jungen Patienten keine ausreichenden Erklärungen für die pathologischen Veränderungen am Hirngefäßsystem. Für eine entzündliche Genese ergeben sich keine stichhaltigen Befunde. Eine toxische Genese ist bei dem Beruf eines Autolackierers nicht gänzlich von der Hand zu weisen, zumal der Patient nach eigenen Angaben die Sicherheitsvorschriften nur oberflächlich handhabt. Nachdem es während des stationären Aufenthaltes noch zu einer szintigraphisch nachgewiesenen Lungenembolie kommt, obwohl der Patient die ganze Zeit über voll mobil ist, muß noch als Ursache für die Erkrankung an das Vorliegen eines offenen Foramen ovale gedacht werden. Eine Herzkatheteruntersuchung wird vorgeschlagen.

Ohne eine längere Verlaufsbeobachtung läßt sich nicht eindeutig entscheiden, ob die leichten Verhaltensauffälligkeiten des Patienten - z.B. das isolierte Leben, das Wegfahren vom Krankenhaus und der relativ große Alkoholkonsum - neurotisch oder organisch bedingt sind. Da der Patient bei der psychiatrischen Untersuchung keine psychopathologischen Auffälligkeiten zeigte, ist eher an einen leichten Verwirrtheitszustand im Zusammenhang mit dem zerebralen Ereignis zu denken.

Es wurde also in einem ersten Schritt versucht, die Patienten aufzuteilen in die Gruppen der psychogen und reaktiv bedingten psychischen Störungen einerseits und der organisch bedingten psychischen Störungen andererseits.

Bei den organisch bedingten psychischen Störungen zeigten sich unterschiedlich schwer ausgeprägte Leistungsstörungen, die als diagnostisches Einteilungskriterium dienten.

Die Leistungsstörung bietet sich als das zentrale Beurteilungskriterium an, da sie bei allen diesen psychischen Störungen anzutreffen ist. Gleichzeitig zählt sie zu den relativ leicht und einfach zu objektivierenden Parametern. Ihr Ausmaß kann bereits bei der Anamneseerhebung deutlich werden, wenn der Patient z.B. von seinem Alltag und den zu bewältigenden Problemen erzählt, oder auch bei der Untersuchung, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, einfache Aufforderungen zu befolgen und auszuführen.

Im folgenden Abschnitt soll deshalb versucht werden, dieses Kriterium der Leistungsstörung als das entscheidende Merkmal bei allen hier anzutreffenden Formen von organisch bedingten psychischen Störungen darzustellen.

E. Diskussion

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht die psychiatrische Diagnostik der psychischen Störungen, die bei Herz-Kreislaufkrankheiten vorkommen. Im ersten Teil der Diskussion soll die Literaturübersicht unter den hier von Bedeutung erscheinenden Gesichtspunkten zusammengefaßt werden. Im zweiten Teil werden die im Abschnitt D vorgestellten Ergebnisse diskutiert werden.

I. Zusammenfassung der Literaturübersicht

1. Diagnostische Abgrenzung der Demenz von funktionell bedingten psychopathologischen Syndromen

Charles E. Wells beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit den Ursachen für Fehldiagnosen bei der Demenz, und mit der Vermeidung dieser Fehlerquellen. Die Demenzen wiederum bilden einen wesentlichen Anteil an den Formen des organischen Psychosyndroms. Wells weist dabei vor allem auf die beiden Hauptquellen für Fehldiagnosen hin:

Im Buch "Dementia" (Wells, 1977) wird die Notwendigkeit betont, die Demenz und besonders ihre Frühstadien möglichst bald zu erkennen. Ein geschärfter Blick und die genaue Verlaufsbeobachtung helfen dem Arzt, die ersten Anzeichen einer beginnenden Demenz, die häufig in depressiven Symptomen bestehen, zu erkennen, den

Patienten deshalb genauestens weiter zu beobachten, und möglichst bald therapeutische Schritte in die Wege zu leiten mit dem Ziel, die noch erhaltenen Restfunktionen zu bewahren.

Demgegenüber betont Wells in seinem kürzlich erschienen Editorial im American Journal of Psychiatry vom Mai 1982 die Gefahr, funktionelle Störungen leichtfertig als Demenzen zu interpretieren (Wells, 1982). Wells zitiert eine Anzahl von Untersuchungen, bei denen, in unterschiedlich hohem Prozentsatz, die ursprüngliche Diagnose einer Demenz - meist einer präsenilen Demenz - bei der Nachuntersuchung Monate oder Jahre später in die Diagnose einer funktionellen Störung umgeändert werden mußte. Die Ursache für die häufige Fehldiagnose Demenz vermutet Wells darin, daß die kognitive Beeinträchtigung oft gleichgesetzt wird mit organischem Psychosyndrom bzw. mit organischer Bedingtheit. In Wirklichkeit sei jedoch die kognitive Leistungsschwäche ein Merkmal bei vielen psychischen Störungen, bei der Schizophrenie ebenso wie bei affektiven und neurotischen Störungen.

Einen weiteren Grund für das häufige Auftreten der Fehldiagnose Demenz sieht Wells in einer Vernachlässigung des Krankheitsverlaufes. Bei Patienten mit früheren psychischen Auffälligkeiten, plötzlichem Beginn und rascher Progredienz der geistigen und affektiven Beeinträchtigung sollte die Vermutung einer zumindest überlagerten affektiven Störung naheliegen. Seiner Meinung nach

steht die isolierte Betrachtung der kognitiven Störungen im Mittelpunkt der Diagnostik einer Demenz, während Verhaltensauffälligkeiten und affektive Störungen vernachlässigt werden. Wells schreibt: "So hoffe ich, daß wir uns in kurzer Zeit darum bemühen werden, die Veränderungen bei den kognitiven Fähigkeiten, beim Verhalten und bei den Affekten bei jedem Patienten mit vermuteter Demenz auszuwerten und zu charakterisieren. Ich vermute, weitere Untersuchungen werden zeigen, daß die Diagnose einer Demenz eigentlich nur gerechtfertigt ist, wenn in jedem dieser Bereiche Veränderungen auftreten, die für eine diffuse organische Erkrankung charakteristisch sind, und wenn der Krankheitsverlauf mit den spezifischen organischen Diagnosen übereinstimmt. Wenn passende quantitative Maßstäbe für Verhaltensveränderungen und affektive Veränderungen bei organischer Erkrankung entwickelt werden können, halte ich es darüber hinaus für möglich, daß die endgültige Diagnose einer Demenz nur gerechtfertigt sein wird, wenn die Veränderungen in jedem dieser drei Bereiche quantitativ etwa gleich ausgeprägt sind, d.h. nur dann, wenn die Veränderung einer Funktion mit den Veränderungen in den beiden anderen übereinstimmt" (Wells, 1982).

In dem schon erwähnten American Journal of Psychiatry finden sich noch ausführlichere Arbeiten zu dem Problem der Diagnose Demenz.

McAllister und Price schildern am Beispiel von vier Patienten

die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose von Depression und Demenz. Die Autoren haben die Erfahrung gemacht, daß aufgrund einer ganz untypischen, klinisch manchmal gar nicht erkennbaren, depressiven Symptomatik die geistigen Funktionen so schwer beeinträchtigt sein können, daß das Bild dem einer Demenz gleicht und sich sogar ähnlich progredient entwickeln kann (McAllister und Price, 1982). Wells fordert für die Diagnose einer Pseudodemenz eine kurze Symptombdauer, rasche Progredienz, frühere psychische Auffälligkeiten, Vorherrschen affektiver Veränderungen, lautes und detailliertes Klagen über die kognitive Beeinträchtigung, ungeminderte Wahrnehmungsbreite oder Ausdrucksvielfalt (Wells, 1979). Im Gegensatz dazu beschreiben die Autoren, daß dieses Bild der Pseudodemenz vor allem bei älteren Patienten klinisch oft nicht von einer echten, irreversiblen Demenz zu unterscheiden sei. Sie schlagen deshalb, nach sorgfältiger Patientenauswahl, den Versuch einer elektrokonvulsiven Behandlung oder einer medikamentösen antidepressiven Behandlung vor.

Reifler, Larson und Hanley beschäftigen sich in ihrem Artikel schwerpunktmäßig mit dem gleichzeitigen Auftreten von Demenz und Depression (Reifler, Larson und Hanley, 1982). Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, daß beim Zusammentreffen dieser beiden Erkrankungen die Depression umso schwerer ist, je weniger ausgeprägt die Demenz ist. Ferner fand sich in ihrer Studie bei den Frauen im Vergleich zu den Männern eine nicht signifikant

größere Tendenz zur depressiven Verstimmung. Die Autoren konnten zwischen dem Alter der Patienten und der Schwere der Depression keine Korrelation herstellen. Ferner kamen sie zu dem Schluß, ebenfalls im Gegensatz zu Wells, daß die depressive Symptomatik kein Frühsymptom der Demenz sei, vielmehr bei dieser genauso häufig auftrete wie bei anderen schweren Erkrankungen. Therapeutisch empfehlen diese Autoren den Versuch einer medikamentösen antidepressiven Behandlung, die zwar nicht die kognitive Beeinträchtigung rückgängig machen würde, durch die Beeinflussung der depressiven Symptomatik jedoch die geistigen Leistungen wieder heben könne.

2. Multifaktorielle Pathogenese des organischen Psychosyndroms und insbesondere der Demenz

Zu der Frage des Zusammenhangs zwischen einer Arteriosklerose des Gehirns und psychischen Auffälligkeiten - was der häufig verwendete Begriff 'Zerebralsklerose' impliziert - weist Lauter darauf hin, daß "mit der klinischen Diagnose einer Hirnarteriosklerose offensichtlich zu großzügig umgegangen" wird (Lauter, 1972). Auch Schrappe vertritt diese Ansicht; es ergebe "ein Literaturüberblick doch genügend überzeugende Argumente dafür, daß vor der Annahme eines zur zerebrovaskulären Insuffizienz führenden arteriosklerotischen Gefäßprozesses erst alle sonsti-

gen Ursachen für ein bestimmtes organisches Psychosyndrom auszuschließen sind" (Schrappe, 1982).

Es ist also nicht gerechtfertigt, in einer Arteriosklerose bzw. in einer gestörten Herz- oder Kreislauffunktion gleich die Ursache der psychischen Auffälligkeiten zu sehen. Vielmehr gehen in die Syndromgenese der zerebrovaskulären Insuffizienz neben dem organischen Faktor der "funktionelle(n) Qualität des zerebralen Parenchyms" (Schrappe, 1982) auch noch andere Bedingungen ein: "Vorausgegangenes Lebensschicksal (Biographie), aktuelle soziale Situation, vorgegebene Persönlichkeitseigenheiten und damit verbundene Reaktionsmuster bzw. Modi der Erlebnisverarbeitung spielen zumindest im Beginn des krankhaften Geschehens eine bedeutende Rolle" (Schrappe, 1982).

Zusammengefaßt läßt sich der Schluß ziehen, daß das Krankheitsgeschehen um so vielschichtiger, komplexer und schwerer diagnostizierbar und differenzierbar ist, je weniger der schwere, die Demenz bewirkende, Abbauprozess im Vordergrund steht. Es kommt, gerade unter der Mitbeteiligung unterschiedlich schwerer organischer Erkrankungen zu einer Unzahl von psychischen Mischbildern mit organischen, psychogenen, reaktiven und endogenen Anteilen. Will der behandelnde Arzt oder Therapeut dem Patienten gerecht werden und ihm helfen, so braucht er neben der empathischen Einstellung und Gesprächsführung die Fähigkeit, die einzelnen Anteile des komplexen Bildes zu erkennen und, falls möglich, entsprechend zu behandeln.

Wir meinen, mit dem Auswahlkriterium der Herz-Kreislaufferkrankung eine Patientengruppe gefunden zu haben, die eine sehr große Vielfalt solcher komplexer Mischbilder zeigt. Damit dürften wir vor allem den Problemen nahekommen, die sich in einem nichtpsychiatrischen Krankenhaus oder in einer internistischen, neurologischen oder allgemeinärztlichen Praxis stellen. Im Handbuch "Psychiatrie der Gegenwart" hebt auch Huber die Bedeutung dieser Fragestellung hervor (Huber, 1972). Ihm erscheint es besonders wichtig, am nichtpsychiatrischen Krankenhaus den leichteren Formen dieser Mischbilder nachzugehen.

Bei den von uns untersuchten Patienten handelt es sich im allgemeinen um körperlich schwerkranke, ältere Menschen. Es stellt sich somit für sie das Problem, mit dem eigenen Altern, mit dem Älterwerden ihres Partners, mit der Isolation, in der alte Menschen meist leben, und mit den sozialen Problemen des Rentenalters genauso fertig zu werden wie mit der eigenen Krankheit, mit der dadurch verringerten Lebensqualität und -erwartung und mit der durch sie bedingten Behinderung in körperlicher wie in geistiger Hinsicht. "Das Alter ist bei manchen Leuten dazu bestimmt, die Schwachstellen aufzudecken, die während der aufsteigenden Teile des Lebenszirkels erfolgreich verborgen wurden" (Mayer-Gross, 1969).

3. Leistungsstörung als diagnostischer Terminus

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden die körperlich-organisch, sozial und psychogen bedingten und ausgestalteten psychischen Störungen oft nur als 'organisches Psychosyndrom' charakterisiert. Wir halten dies jedoch für ein zu pauschales Herangehen. Das organische Psychosyndrom wurde als eigenständiger Begriff von Eugen Bleuler geprägt und wird von ihm ausführlich beschrieben. Bleuler unterscheidet fünf Grundformen psychischen Krankseins bei Körperkrankheiten: das organische Psychosyndrom, den akuten exogenen Reaktionstypus, das hirnlokale Psychosyndrom, das endokrine Psychosyndrom und die leichten psychopathologischen Wesensänderungen (Bleuler, 1979). Nach Bleulers Definition tritt das organische Psychosyndrom bei chronischen, diffusen Hirnschädigungen auf, es ist deshalb bei ihm gleichbedeutend mit "hirndiffusem Psychosyndrom". Es geht einher mit Verarmung des Erinnerungs- und Vorstellungsschatzes, Verkümmern des intellektuellen und emotionalen Gestaltungsvermögens, Verlangsamung usw. Als Unterformen werden das amnestische Psychosyndrom, die Hirnleistungsschwäche, die Korsadow-Psychose, das dysmnestische Syndrom und andere aufgezählt.

Unter dem hirnlokalen Psychosyndrom versteht Bleuler demgegenüber Zustände bei chronischen lokalisierten Hirnschädigungen, die mit steigenden bis dämpfenden Störungen der Stimmung, der

Antriebshaftigkeit, der Einzeltriebe einhergehen und die manchmal periodisch auftreten können, wobei insgesamt die intellektuellen Funktionen voll erhalten bleiben (Bleuler, 1979).

Mayer-Gross stellt in ähnlicher Weise dem "akuten psychoorganischen Syndrom" das "chronische organische Psychosyndrom" gegenüber (Mayer-Gross, 1969). Zum ersteren zählt er die Bilder der Bewußtseinsstörung, des manchmal länger dauernden Verwirrtheitszustandes mit Desorientiertheit und des Delirs. Das "chronische organische Psychosyndrom" tritt nach akuter Krankheit mit Beteiligung des Gehirns oder aufgrund schleichender, progredienter Veränderungen auf. Die Symptome betreffen hauptsächlich affektive Veränderungen, Gedächtnisstörungen und andere intellektuelle Leistungsstörungen.

Lipowski definiert das organische Psychosyndrom weit über Bleulers Definition hinausgehend: "Organische Hirnsyndrome können als psychiatrische Syndrome definiert werden, die durch eine zerebrale Schädigung entstehen, die diffus, lokal oder beides zugleich sein kann und/oder durch eine vorübergehende metabolische Entgleisung hervorgerufen wird, die das Hirn als ganzes oder Teile von diesem betrifft" (Lipowski, 1975). Er unterteilt das organische Psychosyndrom dann in reversible und irreversible Syndrome.

Die meisten, vor allem die amerikanischen, Autoren verwenden zur Zeit den Begriff des 'organischen Psychosyndroms' in der angeführten Definition von Lipowski. Wird zu dieser noch die Untergruppe der Demenzen hinzugefügt, um deren Frühdiagnostik es sowohl Wells als auch uns hier geht, so enttäuscht für diese spezielle Fragestellung jedoch der pauschale Begriff des 'organischen Psychosyndroms'. Mit ihm ist es nicht möglich, die aufgetretenen Störungen in ihrem Querschnitt zu charakterisieren und zu klassifizieren. Auch kennt dieser pauschale Begriff zum Beispiel keine Unterteilung in ein Vorstadium der Demenz. Aus den folgenden Gründen verwenden wir für die feinere Diagnostik nicht den Begriff 'organisches Psychosyndrom', sondern bedienen uns stattdessen des Terminus 'Leistungsstörung':

- a) Das organische Psychosyndrom wird sinnvollerweise als Sammelbegriff für alle organisch bedingten psychopathologischen Syndrome verwendet. Vor allem hinsichtlich der Ätiologie besagt der Terminus Leistungsstörung weniger.
- b) Im klinischen Sprachgebrauch wird das 'organische Psychosyndrom' häufig als Diagnose verwendet, obwohl es das nicht ist. Die zusätzlichen Begriffspaare 'akut - chronisch', 'reversibel - irreversibel' und 'diffus - lokal' sind für die Anwendung des Begriffes 'organisches Psychosyndrom' erforderlich. Die Verflechtung dieser drei Begriffspaare bringt Probleme mit sich. Als Beispiel sei genannt, daß das pathologisch-anatomische Begriffspaar 'diffus - lokal' zusammen mit einem psychopathologischen Begriff verwendet wird.

Uns erschien gerade für die Frage einer verfeinerten Diagnostik dieser Begriff, wenn er auch für die Differenzierung organisch oder psychogen von Bedeutung ist, als unzureichend. Deshalb suchten wir, anhand unserer Patienten nach einer Untergliederung und bedienten uns dabei des Bonhoefferschen Ansatzes.

4. Erweiterung des Bonhoefferschen Ansatzes auf die 'vaskulären Psychosen'

Bonhoeffers Lehre von den exogenen Reaktionstypen hat sich, wie Sternberg anlässlich des 100. Geburtstages von Bonhoeffer würdigte (Sternberg, 1969), als ein beständiger wesentlicher Bestandteil der Psychiatrie erwiesen und sogar in neuen Gebieten der Psychiatrie an Bedeutung gewonnen. Bonhoeffer hatte erkannt, daß "die faktische Krankheitsursache immer aus einem Komplex äußerer und innerer Faktoren bestehe" (Sternberg, 1969), wobei die Grundkrankheit "nur einen Teil der Ursachen darstellt und mit den von ihr hervorgerufenen Folgeerscheinungen (der psychischen Störung) nicht einfach identisch ist, da letztere zudem noch (durch, G.R.) die biologisch determinierten, ihrer Form nach beständigen, die Krankheitsentwicklung erst ermöglichenden Faktoren des inneren Milieus mitbedingt ist" (Sternberg, 1969).

Auch in syndromaler Hinsicht ist, nach Sternberg, die Bonhoeffersche Lehre zu eng gefaßt. "Gerade Erfahrungen mit solchen psy-

chischen Störungen, welche, wie ... die vaskulären Psychosen, eine viel kompliziertere Pathogenese als die von Bonhoeffer untersuchten Formen besitzen, weisen darauf hin, daß die klassischen exogenen Reaktionstypen, ... nur einen Sonderfall innerhalb einer Vielfalt von Erscheinungsbildern und klinischen Bildern darstellen" (Sternberg, 1969). Dies ist jedoch nicht als Widerspruch, sondern als notwendige Ergänzung zur Bonhoefferschen Lehre zu sehen, ebenso wie die verstärkte Betonung und Bewertung der Verlaufsbeobachtung.

Sternberg faßt zusammen, daß die Bonhoeffersche Lehre besonders für die "verschiedenartigen, akuten und chronischen vaskulären Psychosen", das heißt "für die durch vaskuläre Hirnprozesse bedingten" psychischen Störungen an Bedeutung gewonnen hat, andererseits sich jedoch an diesen vaskulären Psychosen "einige hauptsächliche Richtungen aufzeigen (lassen, G.R.), in denen die Weiterentwicklung der Bonhoefferschen Lehre vor sich geht" (Sternberg, 1969). Es sei also notwendig, unter einheitlichen Gesichtspunkten alle körperlich bedingten Psychosen zu betrachten, nicht nur in ihren exogenen Reaktionstypen im engeren Sinne, "sondern alle im Verlauf der Psychose auftretenden klinischen Bilder" (Sternberg, 1969), vor allem in ihrem Verlauf. Als besonders geeignetes Modell für dieses Vorgehen sieht Sternberg die vaskulären Psychosen an.

Da jedoch, wie bereits ausgeführt, die Frage nach der Ätiologie im allgemeinen nicht eindeutig mit 'vaskulär' zu beant-

worten ist, wählten wir unsere Patientengruppe nach dem allgemeineren Kriterium der 'Herz-Kreislaferkrankungen' aus.

Wir versuchten, uns an Bonhoeffers Vorgehen zu orientieren, indem wir die Betrachtung der psychischen Störung strikt trennten von der internistischen oder neurologischen Diagnose, diese lediglich bei der Beurteilung des Verlaufs hinzuzogen.

Bonhoeffer hielt sich an das seiner Meinung nach einzige, nichts präjudizierende, Einteilungsprinzip, an das symptomatologische Einteilungsprinzip. Mit dessen Hilfe grenzte er eine Anzahl von Zustandstypen wie das einfache Delir, epileptiforme und stuporöse Zustände sowie die Amentia-Zustände ab, die jeweils durch ihre Symptombeschreibung charakterisiert wurden (Bonhoeffer, 1908). Ein weiteres Einteilungsprinzip ergibt sich für Bonhoeffer aus dem Krankheitsverlauf, zum Beispiel beim Delirium acutum (Bonhoeffer, 1908). Auf diesem Wege kommt Bonhoeffer zu der Auffassung, daß das Gehirn auf unterschiedliche exogene Schädigungen in übereinstimmender Form reagiert, so daß nur gewisse exogene Schädigungstypen festzustellen sind (Bonhoeffer, 1908).

II. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Nach einer kurzen Zusammenfassung der im Abschnitt D beschriebenen Ergebnisse soll die dabei angewandte Methodik erläutert werden. Anhand des Ergebnisses wird nochmals das Vorgehen beschrieben, das uns die Diagnosestellung erleichtert. Dieses Vorgehen bildet den flexiblen Rahmen für die Aufteilung der Patienten in diagnostische Gruppen. Mit Hilfe dieser Struktur erscheinen uns sowohl die Frühdiagnostik der Demenz, die klare Abgrenzung einer differentialdiagnostisch nicht eindeutig zu beurteilenden Gruppe von Patienten als auch die Möglichkeiten für Therapie und Behandlung verbessert.

1. Zusammenfassung der Ergebnisse

62 Patienten mit Herz-Kreislaufkrankheiten wurden konsiliarisch psychiatrisch untersucht, da infolge der psychopathologischen Symptomatik der Verdacht auf eine zerebrovaskuläre Auslösung der psychischen Störungen geäußert worden war.

Bei 12 Patienten wurden keine organisch bedingten psychischen Störungen, sondern endogene Psychosen, Neurosen oder psychogene Reaktionen gefunden.

50 Patienten zeigten organisch bedingte psychopathologische Syndrome. Von dieser Gruppe mit akutem exogenem Reaktionstypus, Demenz, Vorstadien der Demenz und uncharakteristischen hirnorgani-

schen Leistungsstörungen ließen sich diagnostisch 26 als sichere Demenz klassifizieren. Die Diagnostik und Differentialdiagnostik der verbleibenden 24 Patienten mit leichten bis mittelgradigen Leistungsstörungen bereitete jedoch mehr Schwierigkeiten. Es handelte sich in dieser Gruppe um beginnende dementielle Prozesse, vorübergehende organische Leistungsstörungen und hinzukommende psychogene Reaktionen, was jedoch aus dem Querschnittsbefund allein oft nicht zu differenzieren war. Unter sorgfältiger Beachtung der Anamnese und, soweit möglich, des weiteren Verlaufes, gelang es, die Gruppe der leichten bis mittelgradigen Leistungsstörungen zu unterteilen in eine Gruppe von 13 Patienten mit vorübergehenden Leistungsstörungen und in eine Gruppe von 11 Patienten mit dauernden Leistungsstörungen. Bei allen genannten Gruppen konnte jeweils noch in einen Verlauf mit und ohne psychotische Symptomatik unterschieden werden.

Dieses für uns sehr hilfreiche Vorgehen läßt sich anhand der schematischen Darstellung der Abbildung 7, Seite 108, gut demonstrieren.

Wir versuchen, anhand dieses Schemas die hirnorganisch bedingten psychiatrischen Syndrome unabhängig von der pathologisch-anatomischen Klassifikation zu ordnen. Das gemeinsame Kriterium, über das sie miteinander in Beziehung gebracht werden, ist die Leistungsstörung und deren unterschiedliche Ausprägungsgrade. Bei der Darstellung hielten wir uns an die bewährten klinischen Begriffe. Der Ausdruck 'Leistungsstörung' mag zwar psychologistisch

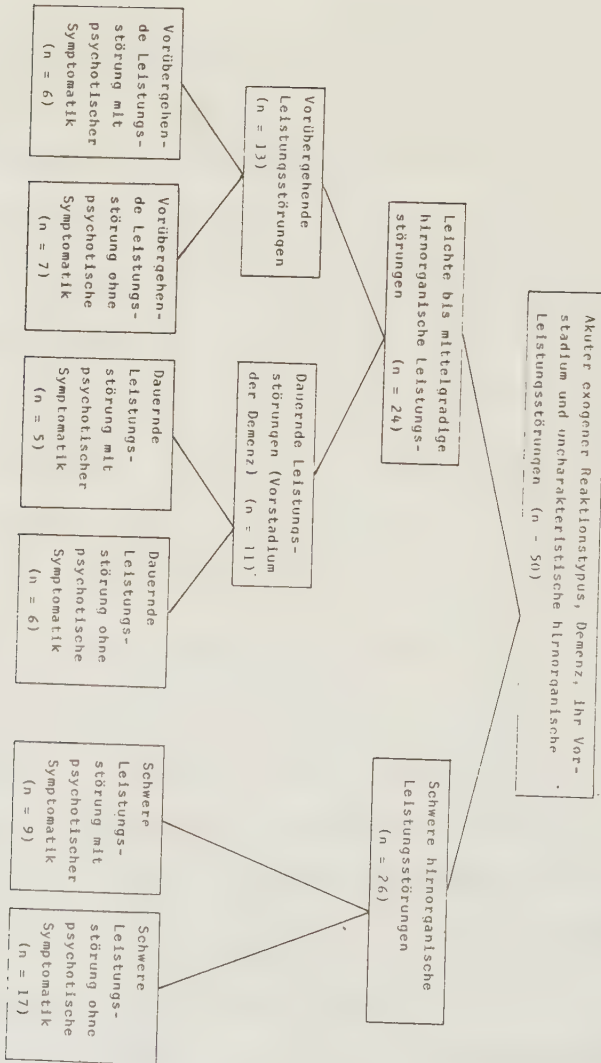


Abb. 7: Diagnostisches Schema, das der Einteilung mittels des Kriteriums 'Leistungsstörung' zugrunde liegt.

anmuten, seine Verwendung bewährt sich aber in der Klinik. Hinter diesem Terminus stehen die beiden bekannten klinischen Begriffe 'allgemeine Leistungsminderung' und 'Demenz'. Das aufgeführte Schema dient als Hilfsmittel zur verfeinerten Diagnostik, insbesondere auch bei der Frühdiagnostik der Demenz.

2. Einteilungsgesichtspunkte

Bei den Patienten, bei denen wir die psychische Störung als vorwiegend organisch bedingt betrachteten, ergaben sich eine Vielzahl von psychopathologisch unterschiedlichen Bildern. Bei dem Versuch einer Klassifizierung nach Verlaufsgesichtspunkten und Syndromen ergab sich als das gemeinsame Merkmal aller dieser psychischen Störungen die Leistungsstörung. Wir meinen damit die Leistungsstörung, wie man sie bei exogener Psychose, Demenz, Vorstadium von Demenz und bei den anderen hirnorganisch bedingten psychopathologischen Syndromen findet: Störungen der kognitiven Funktionen wie Merkfähigkeit, Gedächtnis, Kombinationsfähigkeit, und Orientierung, und Störungen der emotionalen Steuerbarkeit in Form von Affektlabilität, Affektinkontinenz sowie verminderter Anteilnahme an der Umgebung.

Der Ausdruck Leistungsstörung meint zwei heterogene Qualitäten. Die schweren Leistungsstörungen entsprechen den dementiellen Bildern mit Merkfähigkeits-, Gedächtnis- und Orientierungsstörung,

schweren Störungen der intellektuellen Funktionen und insbesondere auch schweren Störungen des besonnenen Denkens und Handelns.

Die leichten bis mittelgradigen Leistungsstörungen beinhalten eine allgemeine Leistungsminderung, die sowohl mit als auch ohne deutlich ausgeprägte Intelligenzminderung einhergehen kann. Es finden sich in dieser Gruppe sowohl deutliche, wenn auch noch schwach ausgeprägte, Vorstufen von Demenzen, als auch Leistungsminderungen, bei denen momentan weder Besserung noch Progredienz und somit auch keine zuverlässige Prognose ersichtlich ist, und Leistungsstörungen, die eindeutig von nur relativ kurzer Dauer sind. Diese Gruppe der leichten bis mittelgradigen Leistungsstörungen bereitet diagnostisch die größeren Schwierigkeiten, da unspezifische Symptome von ähnlichem Ausmaß auch bei depressiven Patienten gefunden werden, die im Denken und in der Motorik gehemmt sind. Es erscheint deshalb hier sinnvoll, noch eine weitere Unterteilung vorzunehmen.

Es wird aufgeteilt in die schon länger bestehenden mittelgradigen Leistungsstörungen einerseits und andererseits in die kurzfristig aufgetretenen leichten Leistungsstörungen.

Die erstere Gruppe beinhaltet eine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen und wird begleitet von uncharakteristischen affektiven, neurasthenischen oder paranoiden Syndromen. Die häufigsten Symptome sind neben der Leistungsstörung mit und ohne

Intelligenzstörung folgende unspezifische psychopathologische Symptome: Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, depressive Verstimmung, Weinerlichkeit, Antriebsminderung, verlangsamtes Denken, Wortfindungsstörungen und Schlafstörungen. Für die Differenzierung von depressiv-gehemmten Patienten dienen die Gesichtspunkte, die sich aus dem Verlauf ergeben. In dieser Gruppe handelt es sich häufig um Vorstadien von Demenzen verschiedenen Schweregrades. Die Diagnose 'Demenz' würde jedoch oft einer Therapie im Wege stehen und unerwünschte soziale Konsequenzen haben, so daß wir die allgemeine Bezeichnung der 'längerbestehenden mittelgradigen Leistungsstörung' vorziehen. Tatsächlich zeigen diese Patienten unter der Therapie auch häufig eine wesentliche Besserung.

Die Untergruppe der kurzfristig aufgetretenen leichten Leistungsstörungen bereitet diagnostisch die größten Schwierigkeiten. Die Patienten kommen häufig wegen neurasthensicher und depressiver Syndrome, manchmal auch wegen einer akuten psychotischen Symptomatik im Rahmen eines exogenen Reaktionstypus Bonhoeffer. Oft reicht bei diesen Patienten der Verlauf der psychopathologischen Symptomatik allein nicht aus, um eine zuverlässige Diagnose zu stellen. Diese wird häufig erst möglich, wenn eine neurologische oder internistische Symptomatik hinzutritt.

Vor allem in nichtpsychiatrischen Kliniken bereiten Patienten, bei denen eine kurz- oder längerfristige psychotische Symptomatik im Sinne eines akuten exogenen Reaktionstypus Bonhoeffer auftritt, große Probleme. Meist führt dies dazu, daß schnell für die psychiatrische Untersuchung ein Konsiliararzt hinzugezogen wird. Die psychotische Symptomatik, die sich am häufigsten in Form kurzfristiger Verwirrtheitszustände äußert, tritt im allgemeinen auf dem Boden einer bereits vorher bestehenden Leistungsstörung oder Schädigung des Gehirns auf. Ein vorgeschädigtes Gehirn reagiert auf Einflüsse wie Medikamente, Flüssigkeitsmangel und ähnliches wesentlich empfindlicher als ein nicht beeinträchtigtes Gehirn. Es wurden deshalb die Patienten mit kurzfristig (in Einzelfällen auch längerfristig) aufgetretener psychotischer Symptomatik jeweils noch in einer Untergruppe zusammengefaßt. Dem Psychiater bereiten diese akuten exogenen Reaktionen diagnostisch weniger große Probleme. Sie sind im allgemeinen auch gut therapierbar.

3. Erleichterung der Diagnostik mit Hilfe dieser Einteilung

Diese Einteilung der Patienten mit organisch bedingten psychopathologischen Störungen in Gruppen von unterschiedlicher Ausprägung und Abstufung der Leistungsstörungen bietet, wie wir meinen, einige Vorteile:

- a) Bereits am Anfang dieses Abschnittes wurden Einteilungsschemata kritisiert, die pathologisch-anatomische mit psychopathologischen Kriterien vermengen. Es sollten vielmehr die psychopathologische und die pathologisch-anatomische Diagnostik parallel und unabhängig voneinander durchgeführt werden. Unserer Meinung nach ist es mit dem vorgestellten Schema gelungen, ein rein an psychopathologischen Symptomen orientiertes diagnostisches Verfahren zu entwickeln.
- b) Weiter erscheint es uns wichtig, daß dabei das momentane Querschnittsbild beschrieben wird. Es ist weder nötig, einzelne Syndrome gesondert hervorzuheben oder auf dem Vorhandensein einzelner spezieller Aspekte zu beharren, noch müssen Aussagen über Entstehung und Ätiologie getroffen werden, die eigentlich nur der Pathologe belegen kann.
- c) Es wird dabei jedoch nicht der Verlauf der Erkrankung aus dem Auge gelassen. Die bisher aufgetretenen Beschwerden und Leistungsstörungen gehen in das diagnostische Schema ein, ebenso wie das immer wieder mögliche Auftreten einer psychotischen Symptomatik. Auch ein progredienter, prognostisch noch nicht eindeutig beurteilbarer Verlauf findet darin Berücksichtigung. Wesentlich erscheint ferner, daß eine plötzlich auftretende Verstärkung der Symptomatik, z.B. wegen einer hinzukommenden depressiven Reaktion auf die Erkrankung, bei Beachtung des Schemas dem Therapeuten doch deutlich auffallen wird.

- d) Für die Therapie ergeben sich wichtige Gesichtspunkte:

Die für eine eventuell mögliche symptomatische internistische, neurochirurgische oder neurologische Therapie wichtige Differentialdiagnose ist erleichtert. Da die Antwort auf die Frage nach einer vorrangig organisch bedingten psychischen Störung nach unterschiedlichen Ausprägungsgraden der Leistungsstörung aufgegliedert ist, dürfte die Zuordnung zur genannten Kategorie der organisch bedingten psychopathologischen Störungen weniger Schwierigkeiten bieten. Die Gruppe von Patienten, bei denen die Diagnose der organischen Bedingtheit fraglich ist, verringert sich dadurch beträchtlich.

- e) Bei den Gruppen mit sicher organisch bedingter Symptomatik wird jedoch nicht die Bedeutung der sozialen, psychischen und persönlichkeitspezifischen Faktoren bei der Ausgestaltung des Krankheitsbildes vernachlässigt.

- f) Auch der therapeutische Spielraum ist hier wesentlich übersichtlicher:

Die symptomatische Therapie in Form von beispielsweise ausgewogener Flüssigkeitsbilanz, Operation von Stenose der Arteria carotis, medikamentöser Behandlung von Herzinsuffizienz oder Operation von Herzklappenfehlern¹ bietet sich in allen Gruppen als vorrangiger Schritt an.

Die Behandlung mit antidepressiv wirkenden Medikamenten kann ebenfalls, unter sorgfältiger Auswahl und Überwachung der Pa-

tienten in allen Gruppen durchgeführt werden. Bei den Demenzen und ihren Vorstadien zeigen sich darunter oft erstaunliche Besserungen. Dasselbe gilt für eventuell notwendige neuroleptische, dämpfende oder andere psychopharmakologische Behandlung.

Während sich in der Gruppe der leichten bis mittelgradigen Leistungsstörungen häufig eine psychotherapeutische Behandlung oder eine Gruppentherapie zur Verarbeitung der aufgetretenen Probleme anbietet, ist in der Gruppe der schweren Leistungsstörungen das Gewicht mehr auf Übung und Trainingsmaßnahmen zu legen. Es geht darum, die noch erhaltenen Fähigkeiten zu bewahren und auszubauen, damit der Patient noch möglichst gut mit seiner Umgebung zurecht kommt. Es sollte dabei angestrebt werden, ihn so lange wie möglich ohne fremde Pflege und in der familiären Umgebung zu belassen (Wells, 1977).

Oft stellt sich das gleiche Ziel auch bei den Vorstadien von Demenzen, also in der Gruppe der längerbestehenden mittelgradigen Leistungsstörungen. Allerdings wird dies hier dem Patienten und seinen Angehörigen oft nur unter genauer Erläuterung und Führung durch den behandelnden Arzt einsichtig sein.

Abschließend möchten wir aus unseren Ergebnissen noch kurz einige verallgemeinernde Schlußfolgerungen ziehen.

Bonhoeffer war, indem er die psychopathologischen Syndrome genau studierte, zu dem Schluß gekommen, daß bei vielen verschiedenen organischen Erkrankungen das begleitende psychische Bild relativ

eintönig erscheint, jedoch von der Persönlichkeit des Erkrankten stark mitgeprägt wird. "Worauf ich hinweisen wollte, ist zunächst der Punkt, daß die groben exogenen Schädigungen der verschiedensten Art im wesentlichen übereinstimmende akute psychische Symptombilder schaffen" (Bonhoeffer, 1909). Kurz vorher spricht Bonhoeffer über die manische Erregung als exogene psychische Reaktionsform: "Es sind seltenere Vorkommnisse und sie mögen in letzter Linie mit besonderen Lokalisationen oder, was vielleicht auf dasselbe hinauskommt, mit individuellen, also schließlich doch endogenen Faktoren erklärt werden" (Bonhoeffer, 1909).

Auf diese Weise schuf Bonhoeffer für die psychopathologischen Syndrome bei organischen Krankheiten, die auf direktem Wege das Gehirn in Mitleidenschaft ziehen, eine Klassifikation, die von der Art der organischen Krankheit unabhängig ist.

Unser Vorgehen war ähnlich, indem wir lediglich die organisch bedingten psychopathologischen Syndrome einer Gruppe von Patienten mit somatisch ähnlich gearteten Grundkrankheiten, nämlich den Herz-Kreislaufkrankheiten, miteinander in Beziehung brachten. Ähnliche Untersuchungen dürften noch bei einer ganzen Reihe anderer organischer Krankheiten von Interesse sein. Unserer Meinung nach wird sich auch dabei wohl zeigen, daß eine Doppelklassifikation nötig ist.

Einerseits werden in der Inneren Medizin, Neurologie, Chirurgie und in den anderen medizinischen Fachgebieten Krankheitsbezeichnungen und Klassifikationen verwendet, die an pathologischen,

anatomischen oder physiologischen Gegebenheiten orientiert sind. Auf der anderen Seite benötigt die Psychiatrie jedoch eine eigene Klassifikation, die an psychopathologischen Syndromen orientiert ist. Diese Klassifikation darf nicht, wie es z.B. beim Begriff des 'lokalen' oder 'diffusen organischen Psychosyndroms' der Fall ist, psychopathologische und pathologisch-anatomische Gesichtspunkte vermengen. Eine solche Klassifikation sollte das momentane Querschnittsbild anhand möglichst einheitlicher Kriterien beschreiben, dabei jedoch auch Raum lassen für die Aspekte, die sich aus dem Verlauf der Erkrankung ergeben.

Wir meinen, dies ist uns mit dem Kriterium der Leistungsstörung und mit dem schematisch dargestellten Vorgehen gelungen. Für die Gruppe der Patienten mit Herz-Kreislaufkrankheiten erscheint uns dies die am besten geeignete Klassifikation, da hier die zerebrovaskuläre Schädigung zusammen mit dem oft hohen Alter der Patienten eine entscheidende Rolle spielt.

F. Zusammenfassung

Herz-Kreislaufkrankheiten sind die häufigsten internistischen Krankheiten. Psychische Störungen bei Patienten mit diesen Krankheiten verleiten zu häufig zu der pauschalen Diagnose 'Allgemeine Zerebralsklerose'. Damit stellt sich dann leicht ein therapeutischer Nihilismus ein. Im psychiatrischen Konsiliarbereich fiel auf, welche diagnostischen Probleme diese Patienten bereiten, bevor eine sinnvolle Therapie eingeleitet werden kann. Man kann sich vorstellen, daß diese Patienten in internistischen und Nervenarztpraxen dieselben Probleme stellen. Es wird in dieser Arbeit über das diagnostische Vorgehen berichtet, das bei diesen Patienten angewendet wurde, um die richtige Therapie zu finden. Auf die neurologische und internistische Diagnostik wird hier nicht eingegangen.

Seit Bonhoeffer wissen wir, daß verschiedene Noxen, die das Gehirn treffen, zu ähnlichen klinischen Bildern führen. Bei den zerebralen Gefäßkrankheiten treten insbesondere folgende Bilder auf:

- a) Depressive und neurasthenische Syndrome
- b) Paranoide Syndrome
- c) Delirante Syndrome
- d) Verwirrheitszustände mit und ohne Bewußtseinsstörungen
- e) Dementielle Bilder.

Lipowski definiert diese organisch bedingten psychopathologischen Syndrome folgendermaßen: "Organische Hirnsyndrome können als psychiatrische Syndrome definiert werden, die durch eine zerebrale

Schädigung entstehen, die diffus, lokal oder beides zugleich sein kann und/oder durch eine vorübergehende metabolische Entgleisung hervorgerufen wird, die das Hirn als ganzes oder Teile von diesem betrifft" (Lipowski, 1975). Ausgehend von dieser Definition und von den genannten organisch bedingten psychopathologischen Syndromen wurde in der vorliegenden Arbeit folgenden Fragen nachgegangen:

- a) In welcher Konstellation kommen diese organisch bedingten psychopathologischen Syndrome vor, und welche Besonderheiten zeigen sie im Verlauf?
- b) Welche Bedeutung ergibt sich daraus für die Diagnostik und Therapie?
- c) Welche Probleme treten bei der diagnostischen Einordnung der gefundenen klinischen Bilder auf?

Es wurde versucht, diese Fragen bei dem folgenden Patientengut zu beantworten. In den zwei Jahren 1980 und 1981 wurden im psychiatrischen Konsiliardienst im Klinikum Großhadern der Universität München 62 Patienten mit Herz-Kreislaufkrankheiten untersucht. Der Anlaß für die Konsiliaruntersuchung war das Auftreten von psychischen Störungen, die für eine zerebrale vaskuläre Mitbeteiligung sprachen. Die psychosomatischen Aspekte der Gefäßkrankheiten wurden nicht betrachtet. Ausgenommen wurden auch die reinen degenerativen Hirnkrankheiten.

Die 62 Patienten litten an den folgenden Grundkrankheiten: Hypertonie bestand bei 1/3 der Fälle. Apoplektische Insulte waren auch bei 1/3 der Fälle akut oder anamnestisch aufgetreten. Manifeste Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit und arterielles

Verschlußleiden waren die nächsthäufigen Diagnosen. Ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus bestand zusätzlich bei sieben Patienten, und bei sechs Patienten lag eine Alkohol- und Medikamentenanamnese vor. 50 % der untersuchten Patienten waren Frauen. Der Altersgipfel lag zwischen 60 und 80 Jahren. Unter 40 waren zwei Patientinnen, zwei Patientinnen waren über 80.

Bei den Patienten mit Herz-Kreislaufkrankheiten verbergen sich hinter der organisch anmutenden psychopathologischen Symptomatik nicht selten endogene Psychosen und psychogene Reaktionen. Bei 12 Patienten konnten die depressiven, ängstlichen und paranoiden Syndrome den folgenden psychiatrischen Diagnosen zugeordnet werden: Reaktive Depression, endogene Depression, Neurosen und Sucht. Die Symptome des Querschnittsbildes - im Vordergrund stehen depressive Symptome, Angst, Antriebsminderung, Verlangsamung im Denken und Konzentrationsstörungen - gestatten häufig allein keine klare diagnostische Aussage. Bezieht man jedoch den Verlauf mit ein, so gestattet dieser häufig die diagnostische Abgrenzung.

Das eigentliche Problem, das eingangs beschrieben wurde, repräsentieren die 50 Patienten, deren psychische Störungen als organisch bedingt anzusehen sind. Diese psychischen Störungen werden nach psychopathologischen Kriterien und nach Verlaufsgesichtspunkten geordnet. Das gemeinsame Merkmal der psychischen Störung aller dieser Patienten ist ihre Leistungsstörung. Es ist die Leistungsstörung gemeint, wie man sie bei exogener Psychose, Demenz, Vorstadium von Demenz und bei den anderen hirnorganisch bedingten

psychopathologischen Syndromen findet. Der Ausdruck Leistungsstörung meint zwei heterogene Qualitäten. Die klinischen Bilder mit einer leichten bis mittelgradigen Leistungsstörung beinhalten eine allgemeine Leistungsminderung mit und ohne deutlich ausgeprägte Intelligenzstörung. Die allgemeine Leistungsminderung wird häufig begleitet von depressiven und gelegentlich auch neurasthenischen Syndromen. Die schweren Leistungsstörungen entsprechen den dementiellen Bildern mit Merkfähigkeits-, Gedächtnis- und Orientierungsstörung, schweren Störungen der intellektuellen Funktionen und insbesondere auch schweren Störungen des besonnenen Denkens und Handelns.

Der Ausdruck 'Leistungsstörung' mutet zwar psychologistisch an, seine Verwendung bewährt sich aber in der Klinik. Hinter diesem Terminus stehen die beiden bewährten klinischen Begriffe 'allgemeine Leistungsminderung' und 'Demenz'. Der Terminus 'Leistungsstörung' ist unserer Meinung nach in diesem Zusammenhang aus folgenden Gründen dem Begriff 'organisches Psychosyndrom' vorzuziehen:

- a) Das organische Psychosyndrom wird sinnvollerweise als Sammelbegriff für alle organisch bedingten psychopathologischen Syndrome verwendet. Der Terminus Leistungsstörung besagt weniger.
- b) Im klinischen Sprachgebrauch wird das organische Psychosyndrom häufig als Diagnose verwendet, obwohl es das nicht ist. Die zusätzlichen Begriffspaare 'akut - chronisch', 'reversibel - irreversibel' und 'diffus - lokal' sind für die Anwendung des Begriffes 'organisches Psychosyndrom' erforderlich. Die Verflech-

tung dieser drei Begriffspaare bringt Probleme mit sich, z.B. wird das pathologisch-anatomische Begriffspaar 'diffus - lokal' im Zusammenhang mit einem psychopathologischen Begriff verwendet.

Bei dem angewendeten diagnostischen Verfahren werden die organisch bedingten psychopathologischen Syndrome über das Kriterium der Leistungsstörung miteinander in Beziehung gebracht.

Zuerst werden die schweren hirnorganischen Leistungsstörungen betrachtet, also die Demenzen, in neun Fällen mit und in 17 Fällen ohne produktive psychotische Symptome. Die psychiatrische Konsiliaruntersuchung erfolgt bei den Demenzen ohne psychotische Symptomatik weniger wegen diagnostischer Probleme, sondern mehr mit der Frage nach therapeutischen Möglichkeiten. Im Vordergrund stehen Fragen nach der Pharmakotherapie etwa bei Schlafstörungen und Unruhezuständen und Beratung in sozial-therapeutischer Sicht.

Die Demenzen, bei denen es unter der stationären Behandlung zu einem psychotischen Bild kommt, bereiten in einem nichtpsychiatrischen Krankenhaus Probleme und führen dazu, daß der Psychiater schnell hinzugezogen wird.

Die größeren diagnostischen Probleme machen die leichten bis mittelgradigen Leistungsstörungen. Bei diesen können zwei Gruppen unterschieden werden. In der ersten Gruppe befinden sich die schon länger bestehenden mittelgradigen Leistungsstörungen, die eine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen beinhalten und begleitet werden von uncharakteristischen affektiven, neurosthenischen oder paranoiden Syndromen oder von der Symptomatik

eines akuten exogenen Reaktionstypus nach Bonhoeffer. Die häufigsten Symptome sind neben der Leistungsstörung mit und ohne Intelligenzstörung folgende unspezifische psychopathologische Symptome: Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, depressive Verstimmung, Weinerlichkeit, Antriebsminderung, verlangsamtes Denken, Wortfindungsstörungen und Schlafstörungen. Diese unspezifischen Symptome finden sich auch bei im Denken und in der Motorik gehemmten depressiven Patienten. Wenn bei diesen Patienten zusätzlich noch eine Gefäßkrankheit besteht, ist die Versuchung groß, diese Symptomatik als organisch bedingt aufzufassen. Dies sollte jedoch nur getan werden, wenn aus dem Verlauf zusätzliche Gesichtspunkte hinzukommen, die diese Annahme stützen.

Bei dieser Gruppe von 11 Patienten mit mittelgradigen Leistungsstörungen handelt es sich häufig um Vorstadien von Demenzen verschiedenen Schweregrades. Viele Patienten zeigen unter der Therapie eine wesentliche Besserung, so daß diese Diagnose leider der Therapie häufig im Wege steht und unerwünschte soziale Konsequenzen hat. Die akuten exogenen Psychosen (fünf Fälle) bereiten im nicht psychiatrischen Krankenhaus Probleme, sind aber gut zu therapieren.

Zuletzt werden die Patienten mit kurzfristig aufgetretenen leichten Leistungsstörungen ohne Einschränkung der intellektuellen Funktionen betrachtet. Bei sechs Patienten erfolgte die Konsiliaruntersuchung wegen einer akut psychotischen Symptomatik im Rahmen eines exogenen Reaktionstypus nach Bonhoeffer. Es handelte sich um Delirien und Verwirrheitszustände.

Bei 7 Patienten erfolgte die Konsiliaruntersuchung wegen neurasthensicher und depressiver Syndrome, die von einer allgemeinen Leistungsminderung begleitet waren. Diese Patienten bereiten die größten diagnostischen Schwierigkeiten. Der Verlauf der psychopathologischen Symptomatik reicht hier oft nicht aus, um eine zuverlässige Diagnose zu stellen. Häufig zeigen auch der internistische und neurologische Befund keinen eindeutigen zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der psychopathologischen Symptomatik. In diesen Fällen richtet sich die psychiatrische Pharmakotherapie nach dem psychiatrischen Syndrom.

Es wird in der vorliegenden Arbeit versucht, die hirnorganisch bedingten psychiatrischen Syndrome unabhängig von der pathologisch-anatomischen Klassifikation zu ordnen. Es wurden bei der Darstellung die bewährten klinischen Begriffe beibehalten.

Zusammenfassend läßt sich feststellen:

- a) Bei den Patienten mit Herz-Kreislaufkrankheiten zeigt sich, daß die Leistungsstörung um so schwerer ist, je länger der Verlauf ist. Das klinische Bild wechselt schnell durch die Aufeinanderfolge einer unspezifischen und einer produktiven psychotischen Symptomatik.
- b) Unter dem Aspekt der Leistungsstörung und der produktiven psychotischen Symptomatik sind die einzelnen Syndrome gut voneinander abzugrenzen. Geht man so vor, wie es dargestellt wurde, so wird es bis auf eine Gruppe mit leichten Leistungsstörungen ohne psychotische Symptomatik keine diagnostischen Probleme geben. Der Weg zur richtigen Therapie ist vorgezeigt.

Es dürfte somit, abgesehen von dieser Patientengruppe, durchaus möglich sein, die psychogenen, endogenen und hirnorganisch bedingten psychiatrischen Krankheitsbilder bei Patienten mit Herz-Kreislaufkrankheiten gut zu differenzieren.

G. Literatur

- Alpers, B.J., F.M. Forster, P.A. Herbert: Retinal, cerebral and systemic arteriosclerosis. A histopathologic study. Arch. Neurol. Psychiat. 60:440 (1948), zit. nach Wells (1977).
- Alzheimer, A.: Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 64:146-148 (1907).
- Ballinger, B.R., A.H. Reid, B.B. Heather: Cluster Analysis of Symptoms in Elderly Demented Patients. Brit. J. Psychiatry 140:257-262 (1982).
- Bergmann, K.: The Epidemiology of Senile Dementia. Brit. J. Psychiatry, Special Publication 9:100-109 (1975).
- Blessed, G., B.E. Tomlinson, M. Roth: The Association Between Quantitative Measures of Dementia and of Senile Change in the Cerebral Grey Matter of Elderly Subjects. Brit. J. Psychiatry 114:797-811 (1968).
- Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 14. Aufl., M. Bleuler (ed.). Berlin, Heidelberg, New York 1979.
- Bleuler, M.: Acute Mental Concomitants of Physical Disease. In: F. Benson, D. Blumer: Psychiatric Aspects of Neurologic Disease. New York 1975.
- Bleuler, M.: Psychiatry of Cerebral Diseases. Brit. Med. Journal 24:1233-1238 (1951).
- Bodechtel, G.: Differentialdiagnose neurologischer Krankheitsbilder, 3. Aufl., Stuttgart 1974.
- Bonhoeffer, K.: Die exogenen Reaktionstypen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 58:58-70 (1917).
- Bonhoeffer, K.: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. Leipzig, Wien 1912.

- Bonhoeffer, K.: Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralblatt f. Nervenheilkunde und Psychiatrie, 32. Jg., Heft 14, Nr. 290, Neue Folge 20. Band 499-505 (1909).
- Bonhoeffer, K.: Zur Frage der Klassifikation der symptomatischen Psychosen. Berl. klin. Wschr. Nr. 51, 45. Jg., 2257-2260 (1908).
- Busse, E.W.: Aging and Psychiatric Diseases of Late Life. In: M.F. Reiser (ed.): American Handbook of Psychiatry, Band IV, 2. Aufl.: Organic Disorders and Psychosomatic Medicine. New York 1975.
- Busse, E.W., E. Pfeiffer: Behavior and Adaption in Late Life. Boston 1969.
- Conrad, K.: Die symptomatischen Psychosen. In: K. Kisker, J.-E. Meyer e.a. (eds.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis, II/2, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- Copeland, J.R.M., M.J. Kelleher e.a.: Cross-National Study of Diagnosis of the Mental Disorders: A Comparison of the Diagnosis of Elderly Psychiatric Patients Admitted to Mental Hospitals serving Queens County, New York, and the former Borough of Camberwell, London. Brit. J. Psychiatry 126:11-20 (1975).
- Corsellis, J.A.N.: Mental Illness and the Ageing Brain. The Distribution of Pathological Change in a Mental Hospital Population. Maudsley Monographs No. 9, London 1962.
- Eiden, H.-F., H. Lechner: Über psychotische Zustandsbilder bei der Pickschen und Alzheimerschen Krankheit. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten 184:393-412 (1950).
- Goldenberg, G., P. Samec: Zur Differentialdiagnose vaskulär bedingter dementieller Syndrome. Der Nervenarzt 52:405-414 (1981).

- Hillemacher, A.: Das Durchgangssyndrom (20 Jahre: 1956 bis 1976). *Psycho* 2,4:262-263 (1976).
- Hiller, F.: Die Zirkulationsstörungen des Rückenmarks und des Gehirns. In: O. Bumke, O. Foerster (eds.): *Handbuch der Neurologie*, Band 11: Spezielle Neurologie III, Berlin 1936.
- Hollender, M.H.: Personal communication. Zit. nach Wells (1977).
- Huber, G.: Klinik und Psychopathologie der organischen Psychosen. In: K. Kisker, J.-E. Meyer e.a. (eds.): *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis*, II/2, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- Kahn, R.L., S.H. Zarit e.a.: Memory Complaint and Impairment in the Aged. The Effect of Depression and Altered Brain Function. *Archives of Gen. Psychiatry* 32:1569-1573 (1975).
- Kahn, R.L., M. Pollack, A.I. Goldfarb: Factors related to individual differences in mental status of institutionalized aged. In: P. Hoch, J. Zubin: *Psychopathology of Aging*, Vol.17. New York, London 1961.
- Kay, D.W.K., P. Beamish, M. Roth: Old Age Mental Disorders in Newcastle upon Tyne. Part II: A Study of Possible Social and Medical Causes. *Brit. J. Psychiatry* 110:668-682 (1964).
- Klages, W.: Zur Psychopathologie der Pickschen und Alzheimerschen Krankheit. *Arch. f. Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie* 191:508-522 (1954).
- Ladurner, G., G. Bertha, W. Pieringer e.a.: Klinische Unterscheidungskriterien bei vaskulärer (Multiinfarkt) und primär degenerativer Demenz (Alzheimer). *Der Nervenarzt* 52:401-408 (1981).
- Lauter, H.: Organisch bedingte Alterspsychosen. In: K. Kisker, J.-E. Meyer e.a. (eds.): *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis*, II/2, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1972.

- Lipowski, Z.: Organic Brain Syndromes: Overview and Classification. In: F. Benson, D. Blumer: Psychiatric Aspects of Neurologic Disease. New York 1975.
- Lishman, W.A.: Organic Psychiatry. The Psychological Consequences of Cerebral Disorder. Oxford, London, Edinburgh, Boston, Melbourne 1979.
- Maletta, G.J., F.J. Pirozzolo, G. Thompson, J.A. Mortimer: Organic Mental Disorders in a Geriatric Outpatient Population. Am. J. Psychiatry 139:521-523 (1982).
- Mayer-Gross, W., E. Slater, M. Roth: Clinical Psychiatry, 3. Aufl., E. Slater, M. Roth (eds.). London 1969.
- McAllister, T.W., T.R.P. Price: Severe Depressive Pseudodementia With and Without Dementia. Am. J. Psychiatry 139:626-629 (1982).
- Müller, C.: Alterspsychiatrie. Einleitung, Geschichte. In: K. Kisker, J.-E. Meyer e.a. (eds.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis, II/2, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- Nott, P.N., J.J. Fleminger: Presenile Dementia: The Difficulties of Early Diagnosis. Acta Psychiatrica Scandinavica 51:210-217 (1975).
- Nunn, C., K. Bergmann, P.G. Britton e.a.: Intelligence and Neurosis in Old Age. Brit. J. Psychiatry 124:446-452 (1974).
- Pearce, J., E. Miller: Clinical Aspects of Dementia. London 1973.
- Pick, A.: Zur Zerlegung der Demenz. Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie 54:3-10 (1923).
- Post, F.: Dementia, Depression and Pseudo-Dementia. In: F. Benson, D. Blumer: Psychiatric Aspects of Neurologic Disease. New York 1975.

- Reifler, B.V., E. Larson, R. Hanley: Coexistence of Cognitive Impairment and Depression in Geriatric Outpatients. Brief Communications. Am. J. Psychiatry 139:623-626 (1982).
- Roth, M.: The Natural History of Mental Disorder in Old Age. The Journal of Mental Science (Brit. J. Psychiatry) 101:281-301 (1955).
- Scheid, W.: Lehrbuch der Neurologie. 4. Aufl., Stuttgart, New York 1980.
- Schrappé, O.: Zerebrale Durchblutungsstörungen - Psychiatrische Syndrome. Nervenheilkunde, Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung 1:71-74 (1982).
- Stammler, A.: Die neurologische und psychiatrische Symptomatik der zerebrovaskulären Insuffizienz. In: H.H. Wieck: Zerebrovaskuläre Insuffizienz. Erlangen 1977.
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1982 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, Mainz 1982.
- Sternberg, D.E., M.E. Jarvik: Memory Functions in Depression. Improvement with Antidepressant Medication. Archives of Gen. Psychiatry 33:219-224 (1976).
- Sternberg, E.: Erscheinungsformen und Verlaufsgesetzmäßigkeiten akuter vaskulärer Psychosen im Lichte der Bonhoefferschen Lehre. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie XXI:55-59 (1969).
- Sternberg, E.: Zur Frage der depressiven Psychosen des älteren Lebensalters. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie XVI:101-104 (1964).
- Tomlinson, B.E.: The Pathology of Dementia. In: C.E. Wells(ed.): Dementia. Philadelphia 1977.
- Tuczek: Vortrag vor der Jenaer Gesellschaft. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie XIII (1903).

- Wang, H.S.: Dementia in Old Age. In: C.E. Wells (ed.): Dementia. Philadelphia 1977.
- Wang, H.S.: Organic brain syndromes. In: E.W. Busse, E. Pfeiffer (eds.): Behavior and Adaption in Late Life. Boston, 1969.
- Wells, C.E.: Refinements in the Diagnosis of Dementia. Editorial. Am. J. Psychiatry 139:621-622 (1982).
- Wells, C.E.: Pseudodementia. Am. J. Psychiatry 136:895-900 (1979).
- Wells, C.E.: Dementia: Definition and Description. In: C.E. Wells (ed.): Dementia. Philadelphia 1977.
- Wells, C.E.: Diagnostic Evaluation and Treatment in Dementia. In: C.E. Wells (ed.): Dementia. Philadelphia 1977.
- Wieck, H.H.: Zerebrale und periphere Durchblutungsstörungen. Milano, München, Lugano 1974.
- Wieck, H.H.: Zur Klinik der sogenannten symptomatischen Psychosen. Dtsch. med. Wschr. 34:1345-1349 (1956).
- Wieser, S., E. Rink, F.K. Jungklaus: Psychische Überforderungsreaktionen. III. Zur Psychopathologie der Demenz und der organischen Wesensänderung. Archiv f. Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie 204:288-309 (1963).
- Willanger, R., U.T. Danielsen, J. Ankerhus: Denial and neglect of hemiparesis in right-sided apoplectic lesions. Acta Neurologica Scandinavica 64:310-326 (1981).
- Willanger, R., U.T. Danielsen, J. Ankerhus: Visual neglect in right-sided apoplectic lesions. Acta Neurologica Scandinavica 64:327-336 (1981).

Herrn Prof. Dr. Hippius danke ich für die freundliche Überlassung des Themas und die Übernahme des Referats.

Herrn Prof. Dr. Riecker von der I. Med. Klinik,
Herrn Prof. Dr. Paumgartner von der II. Med. Klinik,
Herrn Prof. Dr. Wilmanns von der III. Med. Klinik,
Herrn Prof. Dr. Schrader von der Neurologischen Klinik,
Herrn Prof. Dr. Marguth von der Neurochirurgischen Klinik,
Herrn Prof. Dr. Heberer von der Chirurgischen Klinik und
Herrn Prof. Dr. Schmiedt von der Urologischen Klinik
möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen für die rasche und vertrauensvolle Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Krankenakten.

Bei Frau Dr. Richert und Herrn Dr. Strauß möchte ich mich vor allem für die engagierte Mithilfe und Betreuung bei der Durchführung der Arbeit bedanken.

Ferner sei all denen, die zum Gelingen der Arbeit mit Rat und Tat beigetragen haben, mein besonderer Dank ausgesprochen.

Lebenslauf

Am 17. Oktober 1955 wurde ich als zweites Kind des Ingenieurs Fritz Reheis und seiner Ehefrau Gerhilde, geborene Furtner, in Rosenheim geboren.

Nach dem Besuch der Volksschule in Schloßberg/Rosenheim ging ich von 1966 bis 1975 auf das Karolinengymnasium Rosenheim und legte dort 1975 das Abitur ab.

Nach einem Semester Geschichtsstudium an der Universität Regensburg arbeitete ich als Schwesternhelferin am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg.

Im Sommersemester 1977 konnte ich an der Ludwig Maximilians-Universität München das Studium der Humanmedizin beginnen. Im März 1979 legte ich die Ärztliche Vorprüfung ab, und im März 1983 bestand ich den 2. Teil der Ärztlichen Prüfung.

Am 24. September 1983 heiratete ich den Arzt Dr. med. Thomas Melcher.

Am 3. Mai 1984 schloß ich mein Medizinstudium mit dem 3. Teil der Ärztlichen Prüfung ab.

